Aus der psychiatrischen Klinik zu Rostock.

Beitrag zur

Lehre der psychischen und nervösen Erkrankungen

infolge von Verletzungen und Unfall

Inaugural-Dissertation

der

hohen medizinischen Fakultät der Universität Rostock

zur

Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt

von

Paul Schultze

prakt. Arzt aus Kröpelin i. Meckl.

ACAD. MEDICINAE ROST.

Rostock i. M.

1902

Referent: Herr Professor Dr. Schuchardt.

Gedruckt mit Genehmigung der med. Fakultät zu Rostock.

MEINEN LIEBEN ELTERN

IN DANKBARKEIT

GEWIDMET.

Literatur.

Freund und Sachs: Erkrankung des Nervensystems nach Unfällen.

Oppenheim: Die traumatischen Neurosen, nach den, in der Nervenklinik der Charité in den 8 Jahren 1883—1891 gesammelten Beobachtungen.

Guder, Oppenheim: Die Geistesstörungen nach Kopfverletzungen. Beitrag zur Lehre von den traumatischen Neurosen.

Seeligmüller: Weitere Beiträge zur Frage der traumatischen Neurosen und der Simulation bei Unfall-Verletzten.

Friedreichs: Blätter für gerichtliche Medizin und Sanitätspolizei: Zweiundfünfzigster Jahrgang, Heft IV und V.

Die durch direkte Läsion der nervösen Zentralorgane oder ihrer Hüllen bedingten Erkrankungen des Nervensystems haben zu allen Zeiten die Aufmerksamkeit der Ärzte in Anspruch genommen. Erst in neuerer Zeit ist diese auf diejenigen Krankheitsformen gelenkt, welche sich im Anschluss an Unfälle und Verletzungen entwickeln, die den zentralen Nervenapparat nicht direkt, sondern auf dem Wege der Erschütterungen und des Reflexes getroffen und geschädigt haben. Es besteht zwischen der früheren Auffassung, welche lehrt, dass sich im Gefolge einer Kontusion des Rückens oder einer allgemeinen Knochenerschütterung chronische Entzündungsprozesse im Rückenmark und dessen Häuten entwickeln und der modernen Anschauung ein tiefgreifender Unterschied. Das Studium der durch Verletzungen bedingten Neurose nahm seinen Ausgangspunkt von den, nach Eisenbahnunfällen beobachteten Erkrankungen des Nervensystems, und zwar waren es besonders der forensische Gesichtspunkt und die, sich in dieser Hinsicht so häufig entspinnenden Meinungskämpfe, die die Anregung zu einer wissenschaftlichen Betrachtung und Diskussion dieser Krankheitsformen gaben. In Deutschland war es vornehmlich das Werk von Riegler (über die Folgen von Verletzungen auf

Eisenbahnen), welches wegen seiner reichaltigen Kasuistik und seiner praktischen Tendenz zu einer Verallgemeinerung der, bis dahin vorliegenden Kenntnisse, Erfahrungen und Anschauungen in Bezug auf diese Krankheit führte. Obgleich Riegler das physische Moment der Erkrankung nicht ganz entgangen war, denn er weist auch flüchtig darauf hin, so wurzelte seine ganze Auffassung eben doch noch so fest auf diesem, durch den Engländer Erichsen geschaffenen Boden, dass er in Begutachtung seiner Fälle fast durchweg die Symptome einer Myelitis verlangt und die aufgefundenen Krankheitserscheinungen in diesen Rahmen hineinzupassen versucht und dort, wo sich die Krankheitszeichen mit dieser Diagnose nach seinem Ermessen nicht vereinbaren lassen, häufig genug Simulation anzunehmen geneigt ist. Und gerade das war die Gefahr der älteren Lehre. Prüft man seine Beobachtungen kritisch, so wird man vielfach an die Stelle seiner Diagnose nach der heutigen Auffassung, den Krankheitsbegriff der Neurose und der Psychose setzen und seine Annahme der Simulation in vielen Fällen beanstanden müssen. Wenngleich auf vereinzelte Beobachtungen gestützt, brachte ein Vortrag von Moëli (über psychische Störungen nach Eisenbahnunfällen) über dieses Thema doch insofern einen Fortschritt, als die Thatsache in ein helleres Licht gerückt wurde, dass psychische Störungen charakterischer Art die einzigen oder doch vorwiegenden Folgezustände derartiger Erschütterungen bilden können. Von Grund auf umgestaltet wurde die Lehre, als durch Beobachtungen von Wilke,

Nalton, Putnam, Thomsom und Oppenheim als ein häufiges Symptom der durch Verletzung und Erschütterung bedingten Erkrankungen gewisse Formen der Gefühlsstörung nachgewiesen wurden, die mit Bestimmtheit auf einen cerebralen Sitz und mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die funktionelle Natur dieser pathologischen Zustände hindeuteten. Charcot war es dann, der durch seine Versuche mit hysterischen Personen im Zustand der Hypnose, die Lehre von der Hysterie auf die rechten Bahnen brachte und auch schon einen Unterschied machte zwischen Hysterie und Neurasthenie. Von den deutschen Autoren ist Möbius eifriger Anhänger der Charcot'schen Lehre. In den letzten 10 Jahren sind auf diesem Gebiete d. h. auf dem Gebiete der traumatischen Neurosen viele Beobachtungen gemacht und veröffentlicht. Namentlich haben hierzu die Unfallversicherungen und das Invaliditätsgesetz vielfach Veranlassung gegeben. Mancher interessante Fall, der früher gar nicht in die Öffentlichkeit gedrungen wäre und dessen Ätiologie hauptsächlich gar nicht bekannt geworden wäre, wird heute im Zeitalter der Versicherungen zum Heile der Wissenschaft veröffentlicht und dadurch bekannt. Heutzutage hält es jeder Versicherte, der einen Unfall, mag er auch noch so unbedeutend sein, erlitten hat, für sein gutes Recht, hieraus Gewinn zu ziehen und macht Anspruch auf eine Rente. Die Versicherung wendet sich an den Arzt und fordert von diesem ein Gutachten darüber, ob die Beschwerden, die der Versicherte angiebt, durch den Unfall entstanden sind und in wie hohem Maasse seine Erwerbsfähigkeit

dadurch beeinträchtigt wird. Oft hat man es hier natürlich mit Simulanten und Übertreibern zu thun und die Beurteilung solcher Fälle ist mitunter nicht leicht. Es werden mehrere Gutachten und Obergutachten eingeholt, was dazu beiträgt, dass derartige Fälle genau besprochen werden und zur allgemeinen Kenntniss gelangen. Am schwierigsten ist die Beurteilung solcher Patienten, die durch den Unfall irgend eine psychische oder nervöse Störung erlitten haben wollen, und hier bedarf es meistens einer längeren Beobachtung durch den Arzt, um zu einem sicheren Urteile zu kommen. Einige Fälle dieser Art sind mir von Herrn Professor Dr. Schuchardt gütigst zu meiner Dissertation zur Verfügung gestellt und im Nachstehenden lasse ich die Krankengeschichten dieser Fälle folgen.

Fall I: Eine 39jährige, verheirathete Frau M. erlitt am 5. Juli 1900 einen Unfall, indem sie vom Heuboden auf die harte Scheunendiele fiel. Sie wurde sofort bewusstlos und kam erst im Bett wieder zum Bewusstsein. Der noch am selben Tage zugezogene Arzt konstatierte eine Fraktur der dritten linken Rippe in der Nähe des Brustbeins, sowie eine 8 cm lange Risswunde an der linken Schulter und eine Risswunde an der Aussenseite des linken Zeigefingers. Die Athmung war verlangsamt, der Puls 64 Schläge in der Minute. Das distale Ende des linken Zeigefingers war ohne Gefühl. Am Schädel fand sich keine Verletzung, ebenso war ein Wirbelbruch nicht nachzuweisen. Die Patientin klagte über heftige Schmerzen im Hinterkopf, die auf Druck

heftiger würden und nach vorne ausstrahlten, ausserdem über Schmerzen in der Lendenwirbelsäule, die bei Druck auf die Processus spinoisi heftiger würden. Der Sachverständige fügt dann noch hinzu: Der Befund entspräche nicht der Schwere der Erscheinungen. Nach Verlauf von 13 Wochen waren die Schmerzen im Kopf und Kreuz nicht geschwunden. Dazu kamen noch häufige Schwindelanfälle, die die Patientin das Bett nicht verlassen liessen. Mitte August hatte die Patientin einen typischen, epileptischen Anfall gehabt.

Am 10. Oktober d. J. äusserte sich derselbe Sachverständige folgendermassen zu dem Fall: Die Patientin giebt an, die Kopfschmerzen hätten sich nicht verloren, wären jetzt aber an einer bestimmten Stelle am Hinterkopf lokalisirt. Auch die Kreuzschmerzen beständen noch und zwar verliessen sie diese Kreuz- und Kopfschmerzen überhaupt nicht mehr. Ebenso leide sie an beständigem Schwindel, der sie das Bett nicht mehr verlassen liesse; auch habe sie in der letzten Zeit wiederholt ohne Grund laut lachen müssen. Der Appetit sei sehr schlecht und fühle sie sich so schwach, dass sie schon deswegen garnicht aufstehen könne; sie leide an grosser Niedergeschlagenheit und Krampferscheinungen mit Erinnerungs-Defekt. Die Untersuchung ergab:

„Unregelmässige Herzthätigkeit, Puls bisweilen aussetzend, Zustände von akuter Verwirrtheit, Gefühllosigkeit des Ende- und Mittelgliedes des linken Zeigefingers an der Aussenseite. Der Sachverständige äusserte sich dann weiter zur Sache: „Ob es sich

um eine schleichend entstehende traumatische Epilepsie im Anschluss an die Verletzung eines peripheren Nerven oder um traumatische Neurasthenie, als Folge der schweren Erschütterung des zentralen Nervensystems handelt, ist zur Zeit noch nicht festzustellen. Jedenfalls liegt ein Nervenleiden chronischer Art vor."

Die Patientin wurde jetzt zur Anstalts-Behandlung der Psychiatrischen Klinik in Gehlsheim überwiesen. Hier wurde sie vom 4. bis 17. November 1900 behandelt und am 17. November als gebessert entlassen. Jedoch wurde beantragt, ihr 50 % als Rente zu bewilligen, damit sie sich noch länger schonen könne. Der hier aufgenommene Befund stimmte mit dem von dem ersten Sachverständigen abgegebenen Urteil überein. Es wurde die Diagnose auf traumatische Hysterie abgegeben.

Am 30. September 1901 wurde die Patientin zum zweiten Male von der Berufsgenossenschaft der psychiatrischen Klinik in Gehlsheim überwiesen, da sich der Zustand wieder verschlechtert hatte. Die Patientin selbst gab an: Einige Tage nach ihrer Entlassung aus der Anstalt sei wieder schlechteres Befinden eingetreten. Starke Kopfschmerzen, allgemeine Lahmheit und Schwäche, häufiges Gefühl von Fliegen und Zittern am ganzen Leibe, Schwindelgefühl bei gebückter Haltung. Bei der geringsten Bewegung fühle sie sofort viel Schmerzen im ganzen Körper; auch steigerten sich die Kopfschmerzen sofort bei Bewegung, so dass sie sich hinsetzen müsse. Sie habe nur ganz leichte Handarbeit, Feldarbeit überhaupt nicht verrichten können.

Der objektive Befund war derselbe wie am 17. November 1900. Das Beklopfen des ganzen Schädels wurde als schmerzhaft empfunden; auch war der Druck auf die Supraorbital-Nerven schmerzhaft.

Am 17. Oktober 1901 wurde die Patientin abermals als gebessert entlassen.

Im vorliegenden Falle handelt es sich um traumatische Hysterie, die durch die Anstaltsbehandlung immer bald gebessert wurde. So wie aber die Patientin in ihre alte Thätigkeit und häuslichen Verhältnisse zurückkam, verschlechterte sich ihr Zustand wieder.

Fall II: Ein 28jähriger, kräftiger und bis jetzt immer gesunder Arbeiter Carl F., erlitt am 28. August 1899 einen Unfall, indem er, einen Sack Korn tragend, 6 Stufen von einer Treppe herabglitt und zwar so, dass er über den Rand einer Stufe mit dem Fusse abrutschte. Er verspürte dabei sofort heftige Schmerzen in der rechten Wade. Trotzdem arbeitete er weiter und zeigte das Bein erst nach einigen Tagen einem Arzte, der eine Schwellung der rechten Wade feststellte und ihn einige Tage liegen liess. Nach einiger Zeit that er wieder leichte Arbeit.

Am 26. Februar 1900 erlitt er einen zweiten Unfall und zwar in ähnlicher Weise wie das erste Mal. Er that beim Strohtragen einen Fehltritt auf einer Leiter, indem er mit dem rechten Fuss den Halt auf der oberen Sprosse verlor und auf der unteren mit einer gewissen Wucht aufstiess. Er fühlte auch dies Mal sofort starke Schmerzen in der rechten Wade, arbeitete aber trotzdem noch weiter und zeigte sich erst nach einigen Tagen am 1. März 1900 wegen

heftiger Schmerzen und wegen einer starken Schwellung dem Arzte. Dieser fand in der Mitte der rechten Wade eine wallnussgrosse, harte, auf Druck empfindliche Stelle. Der Gang war stark hinkend. Einreibungen und Wickelungen hatten keinen Erfolg, deswegen wurde Falk vom 18. August 1900 bis 7. Oktober 1900 in einem medico-mechanischen Institut behandelt. Der Anstaltsarzt kam zu der Überzeugung, dass F. arbeitsfähig sei und Beschwerden simulire, die Simulation sei ihm jedoch als eine bewusste nicht anzurechnen, da er sehr nervös belastet sei. Auf dieses Gutachten hin wurde die Rentenzahlung eingestellt; hiergegen protestirte F. am 19. November 1900 auf Grund eines Zeugnisses eines anderen Arztes. Beim Schiedsgerichte wurde diese seine Berufung abgewiesen und F. legte jetzt Berufung beim Reichsversicherungsamt ein, das ein Obererachten von der Rostocker Medizinischen Fakultät einholte.

Die Fakultät überwies den Patienten zuerst der Chirurgischen Klinik. Wegen seines sonderbaren Benehmens wurde er hier viel von seinen Mitpatienten geneckt und gleich in den ersten Tagen entfernte er sich heimlich aus der Klinik und reiste nach Hause. Nur mit Mühe war er dazu zu bewegen, in die Klinik zurückzukehren.

Das Resultat längerer Beobachtung war das folgende: An den inneren Organen war ein Fehler nicht nachzuweisen. An der Rückseite der rechten Wade wurde von F. eine Stelle immer als schmerzhaft bezeichnet, namentlich, wenn die Wadenmuskulatur krampfhaft zusammengezogen wurde und passiv stark

angespannt wurde. An einer Stelle, die etwa handbreit unter dem Köpfchen des Wadenbeins liegt, glaubte man eine Verhärtung im Unterhauptzellengewebe zu spüren. Die Muskulatur ist sonst beiderseits kräftig; keine Muskelgruppe ist gelähmt. Bewegungen sind aktiv und passiv normal. Auch die Gelenkbewegungen sind frei und schmerzlos. Die Sensibilität ist überall normal; die Sehnenreflexe beiderseits eher etwas stärker als normal. In ruhiger Rückenlage lässt sich das rechte Knie etwas mehr überstrecken als das linke. Dabei wird auch nicht über Schmerzen geklagt, hingegen tritt bei gestreckter Stellung sofort der Schmerz ein, wenn man die Fussspitze gewaltsam nach oben drängt. Ganz auffallend ist der Gang des F., der ja zweifellos allmählich angenommen ist. Es wird beim Gehen stets das ganze Bein in stärkster Streckung gehalten, sogar etwas überstreckt, und dabei in stärkster seitlicher Abduktion in einer höchst gezwungenen Weise aufgesetzt. Der Patient glaubt nur so sich fortbewegen zu können und macht ein so schmerzverzerrtes Gesicht, als ob er die grössten Schmerzen hätte. Recht lehrreich war ein Versuch, den man mit ihm anstellte. Er bekam in normaler Stellung das Bein im Kniegelenk festgestellt. Mit diesem Verband ging er ganz behende uud mit Ausnahme der steifen Haltung unbehindert, gab auch zu, dass er damit gut und ohne Schmerzen gehen könne.

Auch hier in der Chirurgischen Klinik hatte man zunächst den Eindruck, dass man es wohl mit einem Simulanten zu thun habe, doch kam man bald davon ab, indem man die Dummheit des F. in Betracht zog

und den Umstand, dass er sofort eine Besserung durch den Verband zugab. Man nahm an, dass die Schmerzen durch Zerrung eines vernarbten Muskelrisses oder Faszienschlitzes bedingt seien und rieth, ihm eine Schienenhülse zur dauernden Benutzung anfertigen zu lassen. Als Rente schlug man 25 % vor. Die Medizinalkommission überwies jetzt den Patienten zur Begutachtung der Psychiatrischen Klinik zu Gehlsheim, wo folgende Beobachtungen gemacht wurden:

F. trägt schon den äusseren Stempel geistiger Schwäche. Es mangelt ihm jegliches Urteil und er trägt eine volle Indolenz der ihn umgebenden Verhältnisse zur Schau. Er vermag nicht anzugeben, wieviel er in einer Woche verdient, nur pro Tag weiss er seinen Lohn zu berechnen. Vom Militär sei er wegen einer Ohreiterung entlassen. Seine Antworten erfolgen langsam und immer erst nach längerem Besinnen. Es handelt sich bei ihm um einen hohen Grad von Schwachsein, der eine Beaufsichtigung und Leitung durch Angehörige nöthig macht. Unter dem zwingenden Einfluss dieses Schwachsinns hat sich nach den Unfällen ein nervöser Zustand herausgebildet, der vollkommen mit unter das Bild der traumatischen Neurose, richtiger gesagt der traumatischen Hysterie fällt. Auf dem Wege der Vorstellung ist die Unfähigkeit bezüglich schwerer Behinderung im Gehen entstanden und wird dadurch dauernd erhalten.

Fall III: Fall III ist der einzige, in dem es sich nicht um einen Unfall handelt, sondern um hochinteressante geistige Veränderungen nach Verletzungen.

Ein 37jähriger Schlosser H. hatte in der Nacht vom 19. auf 20. Oktober 1900 einen Schiffer erstochen, und es handelte sich darum, ob er die That in vollem Bewusstsein oder in einem Zustand geistiger Umnachtung vollbracht habe. Kurz nach seiner Einlieferung ins Gefängniss klagte H. über allerhand nervöse Beschwerden, Kopfschmerzen, Schlaflosigkeit u. s. w. Der zugezogene Sachverständige jedoch gab ein Erachten dahin ab, dass H. weder jetzt geistig gestört, noch es zur Zeit der That gewesen sei. H. klagte jedoch weiter über Kopfschmerzen und andere nervöse Beschwerden, und es wurde deshalb ein zweites Gutachten eines andern Sachverständigen eingeholt, der den p. H. für zur Zeit geisteskrank erklärte. Die That schiebt er auf die Wirkung des, an diesem Abende genossenen Alkohols auf den H. sehr stark reagire. Wegen der, sich direkt widersprechenden, Gutachten der beiden Sachverständigen wurde ein drittes Gutachten von Seiten der psychiatrischen Klinik in Rostock eingeholt, wohin H. zur Beobachtung geschickt wurde. Ein zu widerholten Malen mit ihm vorgenommenes Examen ergab folgende anamnestische und für die Beurteilung in Betracht kommende Momente:

Der Grossvater des p. H. war ein Trinker gewesen. Eine Vaterschwester war geisteskrank und hatte sich ertränken wollen, eine andere Vaterschwester hatte sich ertränkt. In einer Irrenanstalt war keiner gewesen. H. selbst ist sehr vergesslich und kann sich auf nichts besinnen; oft widerspricht er sich. Als Kind, so giebt er an, habe er viel an Kopfschmerzen

gelitten. Getränken habe er eigentlich nie viel zugesprochen. Etwa 3—4 Glas Bier habe er vertragen können. Im Dezember 1899 hätten ihm junge Leute bei einer Kneiperei eine Figur mit erigirtem Penis auf den Rücken gezeichnet. Eine Klage, die er dann gegen die Betreffenden angestrengt habe, habe er verloren. Er habe sich die ganze Geschichte sehr zu Herzen genommen, zumal, da jetzt alle Leute über ihn gelacht hätten und geglaubt, sie könnten ihm jetzt Alles bieten. Verhältnisse habe er auch gehabt, einen besonders stark entwickelten Geschlechtstrieb jedoch nicht. Onanie habe er in der Jugend auch getrieben, doch nie übermässig oft. Ende Mai sei er mit mehreren jungen Leuten zusammen in einer Weiberkneipe gewesen. Diese hätten ihn viel geneckt und er habe, als es zu schlimm geworden, auf den einen eingehauen. Jetzt seien Alle über ihn hergefallen und hätten ihn mit Gläsern und Fusstritten arg misshandelt, dann hätten sie ihn eine Treppe hinunter geworfen, wo er bewusstlos liegen geblieben sei. Vier Wochen sei er bettlägerich gewesen. Auch nachher habe er noch viele und intensive Beschwerden gehabt; ihm sei immer so gewesen, als wenn er gar keinen Verstand habe. Er habe beständig Kopfschmerzen gehabt und an Schlaf und Appetitlosigkeit gelitten; wegen Mattigkeit habe er nicht arbeiten können und in der Sonne nicht gehen, weil sich dann alles bei ihm im Kopfe herumgedreht habe. Eines Tages sei er auf der Strasse zusammengebrochen und hätte in das nächste Haus gebracht werden müssen. Während der ganzen nächsten Zeit habe er sich beständig mit dem

Gedanken getragen, die Leute zur Bestrafung zu bringen. Erst nach und nach seien seine Rachegedanken in den Hintergrund getreten, doch die Beschwerden, Hitze, Mattigkeit, Kopfschmerz seien dieselben geblieben, so dass er beständig kalte Kompressen in der Mütze habe tragen müssen. Er sei unfähig zu jeder schweren Arbeit gewesen. Des Nachts habe er keine Ruhe finden können und sei deshalb umhergelaufen. Beim Radfahren habe er besonders straff gefüllte Reifen haben müssen, da er sonst die Erschütterung nicht habe aushalten können. In der besagten Nacht vom 19. auf 20. Oktober habe er viel Bier getrunken (Zeugen geben an, er sei betrunken gewesen und habe schon im Lokal erbrochen). Er habe geglaubt, dass man ihn bestehlen wolle und deshalb schon Bier und Wein zum Besten gegeben. Er sei sehr animiert gewesen. Der Eine von den Schiffern, mit denen er zusammen gekneipt, habe um eine Säule herum ihm in die Tasche gelangt. Dies habe er sich verbeten und dann gehen wollen. In der Nähe der Thür habe er einen Schlag auf den Kopf bekommen, so dass er hingefallen sei. Die Schiffer seien ihm auch noch draussen gefolgt, während er bei seinem Rade gegangen sei. Bald seien sie dicht hinter, bald vor ihm gegangen. Dann habe er wieder einen Schlag auf den Kopf bekommen, sei hingefallen, und man habe seine Taschen durchsucht. Er sei hernach bald wieder hoch gekommen und habe um Hilfe gerufen. Ob er auch gestochen, weiss er nicht anzugeben. Die Thatsachen der Nacht seien ihm überhaupt nur sehr dunkel in Erinnerung. Gegen Morgen erst, nachdem er den Rest der Nacht umher-

geirrt, sei er etwas mehr zur Besinnung gekommen und habe den Raub beim Gensdarmen angemeldet. Dann sei seine Verhaftung erfolgt.

Schon den zweiten Tag nach der That, giebt er weiter an, sei ihm so gewesen, als habe er einen Nagel durch den Kopf, um den sich etwas spiralförmig herumdrehe, als kröchen Regenwürmer herum. Er habe immer seinen Kopf kühlen müssen. Doch dies habe ihm der Arzt verboten, wegen Gefahr der Rose. Dazu seien Kopfschmerzen gekommen, vom Scheitel nach den Ohren ausstrahlend, stechende Schmerzen in den Schläfen, Schlaflosigkeit, Appetitmangel und Stuhlverstopfung. Am 31. Oktober habe er einen Schüttelfrost bekommen. Die Kopfschmerzen seien beständig geworden; dazu habe er das Gefühl gehabt, als kröche etwas durch seinen Schädel von vorne nach hinten und von oben nach der Seite. Er habe sein Gehirn fühlen können, dessen Rand ihm weh that. Die Haare hätten sich auf dem Kopfe bewegt und er habe immer geglaubt, ihm kröche etwas auf dem Kopfe. Wie ein Schleier hätte es ihm vor den Augen gelegen und er habe nicht lesen können, weil er immer in's nächste Wort gekommen sei. Bei Druck auf den Nabel habe er schneidende Schmerzen im Leibe gehabt. Immer hätten ihn Todesahnungen geplagt. Der Appetit sei anfangs mangelhaft, nachher besser gewesen, der Schlaf schlecht. Über seine Strafe hätte er, seiner Kopfschmerzen wegen, nie nachgedacht. In der Anstalt zu Gehlsheim habe er in der ersten Zeit noch dieselben Beschwerden gehabt, doch hätten dieselben später etwas nachgelassen. Jetzt habe er noch Druck in der

Stirn. Das Gehirn drücke sich nach vorn und dann könne er nicht schlafen. Auserdem habe er noch Hitze im Kopfe und schneiden in der Nasenwurzel. Im Magen habe er noch das Gefühl, als koche es darin.

Der Befund in Gehlsheim war folgender:

Patient ist mittelgross, von kräftigem Körperbau und gut entwickelter Muskulatur. Mit dem guten Ernährungszustand kontrastiert eine auffallend bleiche Gesichtsfarbe, auch die Konjunktiven sind sehr blass. In der Gegend der Hinterhautschuppe befindet sich eine kleine Prominenz, auf deren Höhe eine 1,5 cm lange, nicht mit der Unterlage verwachsene lineare Narbe. Auf der rechten Stirn bis gerade zur Haargrenze reichend befindet sich eine 2,5 cm lange Narbe; oberhalb derselben, durch eine $2^1/_2$ cm lange Brücke getrennt, eine weitere, in derselben Richtung verlaufende, längere Narbe. Beide sind nicht adhärent; die Obere besonders druckempfindlich. Temperatur normal, Puls 68—72 Schläge in der Minute. Die Haltung ist schlaff und energielos, der Blick müde und ausdruckslos. Bei fast völlig fehlendem Mienenspiel und sehr seltenem Lidschlag hat der Gesichtsausdruck etwas starres und maskenartiges, ein Eindruck, der beim Sprechen noch erhöht wird durch die eintönige, langsame und affektlose Sprechweise des H. Zeitweise ist die Sprache deutlich häsitierend. Die Nahrungsaufnahme ist gut, der Schlaf schlecht. Er kann nie fest einschlafen, weil er lauter sonderbares Zeug träumt.

Der Patient wurde verschiedentlich während der Nacht revidirt und immer wach vorgefunden. Von

der Vergangenheit und Zukunft, also etwas die That Betreffendes, und was mit ihm werden solle, kam in seinen Träumen nie etwas vor, und schien er sich hierüber auch keine Gewissensbisse zu machen. Beim Beklopfen des Schädels giebt H. Schmerzen an der oben erwähnten Prominenz des Hinterhauptes an, ferner neben den beiden Narben. Die rechte Liedspalte ist etwas weiter als die linke, daher erscheint der rechte Pulbus ein wenig prominent. Beim Schluss der Lider fibrilläre Zuckungen. In der Innervation der beiden Gesichtshälften in der Ruhe kein deutlicher Unterschied; bei längerem Sprechen bleibt die linke Seite etwas zurück. Die Augenbewegungen sind völlig frei und koordinirt. Der Stand des weichen Gaumens auch beim Intonieren beiderseits gleich; Uvula etwas nach links verzogen. Zunge kommt gerade heraus, zeigt aber besonders an den Rändern, deutliche fibrilläre Zuckungen, ihre Bewegungen sind frei. Kopf-, Arm- und Beinbewegungen sind frei und ausgiebig. Die Wirbelsäule ist nicht druckempfindlich. Beim Gang finden sich keine Besonderheiten. Beim Stehen mit geschlossenen Augen kein Schwanken, keine Ataxien. Alle komplizierten Bewegungen wurden ohne Schwierigkeiten ausgeführt. Die grobe Kraft ist gut erhalten. Die leiseste Berührung mit der Nadelspitze wird überall normal als solche empfunden und genau vom Nadelkopf unterschieden. Dabei wird der Nadelkopf konstant als Finger bezeichnet und bei wechselnder Anwendung von Nadelkopf und Finger vermag H. einen Unterschied nicht zu konstatieren. Die berührten Stellen werden mit Genauigkeit bezeichnet.

Die Temperatur-Empfindung ist im Allgemeinen intakt, nur am unteren Drittel der Innenseite des linken Unterschenkel sind die Angaben zwischen kalt und warm häufig schwankend. Gesicht, Gehör, Geschmack, Geruch ohne gröbere Störungen. Plantar- und Cremaster-Reflex deutlich, weniger der Bauchdeckenreflex. Patellarreflex entschieden gesteigert, Achillessehnenreflex deutlich; kein deutlicher Fussklonus. Pupillen reagiren gut auf Licht und Akkommodation.

Der ihn nach der im Mai 1900 erlittenen Kopfverletzung lange behandelnde Arzt gab als hervorstehendes Symptom der Erkrankung an: Unsägliche Angst, innere Unruhe, Schlaflosigkeit. Diese krankhaften Veränderungen beweisen das Vorhandensein einer damals bestehenden psychischen Störung. Ganz charakteristisch für geistige Störungen nach Kopfverletzungen sind die in der Erinnerung entstandenen Ausfallserscheinungen und die Benommenheit. War nun eine geistige Störung im Sommer 1900 vorhanden, eine Störung, die sich in einzelnen Erscheinungen auch im Herbst 1900 noch zeigte, so muss angenommen werden, dass es auch zur Zeit der That der Fall war. Ganz besonders war schon die Indolenz gegen Alkohol vorhanden, die eine Folge der Kopfverletzung war. Durch Trinken haben sich Verfolgungsvorstellungen verworrener Art bemerkbar gemacht, dazu kamen noch Hänseleien und die noch kurz vor der That erlittenen Kopfverletzungen. Die That ist sicher zur Zeit einer geistigen Störung und Bewusstlosigkeit vollbracht, wo freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. Wir haben es in diesem Falle mit

einer psychisch-nervösen Störung zu thun, die nach einer Kopfverletzung entstanden und durch Alkoholmissbrauch verschlimmert war.

Fall IV: Eine 27jährige, bis dahin immer gesunde, verheirathete Frau erlitt den 18. März 1896 einen Unfall. Sie wollte aus dem Keller Kartoffeln holen, und erlitt durch die zuschlagende Kellerthür eine Verletzung des Kopfes. Bald darauf klagte sie über heftige Kopfschmerzen, häufige Angstgefühle und dauernden Schwindel; damit zusammenhängend leichtes Hinfallen und Verschleierung des Bewusstseins.

Der Befund bei ihr war folgender:

Sie ist eine mittelgrosse, schlanke Figur, von mittlerem Ernährungszustand. Der Gesichtsausdruck ist leidend, dabei aber auch stumpf und relativ teilnahmslos. Am Schädel finden sich keine Narben. In der Mitte des Schädels auf Scheitelhöhe ist die Betastung und das Beklopfen in der Ausdehnung von $^2/_3$ Handteller schmerzhaft. Die Ohren sind klein und schlecht ausgebildet, das Gehör normal. Die Pupillen sind mittelweit, gleich und von guter Reaktion. Es besteht Strabismus divergens, Astigmatismus myopicus Amblyopia congenita. Die angeführten Anomalien haben jedoch keinerlei Zusammenhang mit dem Unfall, sondern bestehen zweifellos aus viel früherer Zeit. Brust- und Bauchorgane sind normal, die Sensiblität ist ungestört, Reflexe ebenfalls normal. Der Gang ist langsam, etwas steif und leicht unsicher. Nach einigen Schritten tritt Taumeln ein und Fallen nach der einen Seite. Stets zeigt sich hierbei veränderter Gesichtsausdruck, dieser wird auffallend starr.

Frau K. versteht dann Anreden offenbar nicht oder nur unvollständig. Das Gesicht zeigt dabei anfangs eine blasse Farbe, welche dann rasch einer leichten Röthung Platz macht. Zweifellos ist dabei Bewusstseinsstörung vorhanden.

Der vorliegende Fall zeigt uns, wie nach Schlag auf den Kopf bei einer sonst gesunden Frau epileptische Störungen als da sind Schwindel und Angstzustände, Schmerzen und Benommenheit des Kopfes, ferner Unsicherheit im Gang, leichtes Taumeln und Neigung zum Fallen mit Bewusstseinsstörung auftreten.

Fall V: Der 51jährige Arbeiter H. erlitt am 21. Dezember 1892 einen Unfall, indem er von einem Fuder Stroh auf den gefrorenen Erdboden fiel und sich eine Quetschung der linken Körperseite zuzog.

Im März 1898 zur Beobachtung in der Psychiatrischen Klinik in Gehlsheim aufgenommen, gab er an: Er sei bei dem Fall hauptsächlich auf den linken Arm gefallen, diesen habe er anfangs nicht bewegen können, auch habe er etwa 1 Stunde lang überhaupt nicht sprechen können. Er habe nach Hause gefahren werden müssen und 6 Wochen still gelegen, nicht gehen können und starke Schmerzen im Kreuz gehabt. Er sei dann von Mai bis August 1893 im Stift Bethlehem behandelt, wo sich sein Zustand soweit gebessert habe, dass er leichte Arbeit wieder habe verrichten können. Bald jedoch habe sich sein Zustand wieder so sehr verschlechtert, dass er wieder arbeitsunfähig gewesen sei. Ein zweiter Aufenthalt im Stift Bethlehem sei völlig ohne Erfolg gewesen; die Schwäche habe noch immer zugenommen.

In Gehlsheim klagte er über Schmerzen in den Armen, Beinen, Seite und Kreuz. Eigentlich sei nur der Kopf frei von Schmerzen. Diese verliessen ihn überhaupt nicht und würden stärker bei Witterungswechsel und Kälte. Vor dem Unfall sei er gänzlich ohne Schmerzen gewesen.

Befund: Patient ist über mittelgross und gut genährt. Die Muskulatur ist nur gering entwickelt; der Knochenbau kräftig. An der Stirn und am rechten Bein finden sich mehrere Hautnarben. Hände und Füsse sind auffallend kalt und feucht. Der Schädel ist normal. An Brust und Bauchorganen finden sich keine krankhaften Veränderungen. Die Gesichtshälften sind beiderseits gleich innerviert. Die Pupillen sind gleich und reagiren gut. Die Augenbewegungen sind ungestört. Die Zunge wird gerade herausgesteckt und zittert nicht. Alle Bewegungen der Extremitäten werden langsam ausgeführt und sind unsicher und deutlich erschwert. H. kann nur mit Unterstützung gehen. Die Beine können im Knie ein wenig gebeugt werden, im Hüftgelenk nicht. Beim Gehen werden die Füsse ruckweise und in ganz kleinen Schritten vorwärts geschoben; dabei werden die Fussspitzen kaum vom Boden erhoben. Bei allen Gehversuchen, sowie die Knie zu beugen oder auf einem Bein zu stehen, tritt ein starker, fast allgemeiner Tremor ein. Die grobe Kraft ist in den Beinen sehr herabgesetzt, ebenso in den Armen. In den Beinen fühlt sich bei den Gehversuchen die Muskulatur der Ober- und Unterschenkel hart an und in leichter Kontraktion. Die Sensiblität ist an Armen, Händen, Beinen und

Füssen überall gleichmässig herabgesetzt, besonders ist die Schmerzempfindlichkeit vermindert. Die Lokalisation ist überall unsicher. Die Sehnenreflexe sind verstarkt, ganz besonders der Patellarreflex gesteigert. Unterarm, Hände, Unterschenkel und Füsse sind auffallend kalt, stets feucht und leicht bläulich verfärbt. Die elektrische Untersuchung beseitigt die starke Herabsetzung der Sensiblität; die Erregbarkeit der Muskeln und Nerven zeigt keine Veränderung. In psychischer Beziehung zeigt H. Unsicherheit des Gedächtnisses, ganz besonders aber eine leicht gedrückte und zum Weinen geneigte Stimmung.

Im vorliegenden Falle haben wir es mit einer fortschreitenden Erkrankung des Rückenmarks, verbunden mit leichteren psychischen Störungen zu thun, die sich nach einem Unfall entwickelt haben.

Fall VI: Ein 41jähriger verheiratheter, sonst immer gesunder Tagelöhner S. erlitt im Dezember 1900 einen Unfall. Er giebt an, er habe ein Bund Stroh vom Boden aufheben wollen und als er sich dabei nach links heruntergebückt habe, hatte er plötzlich einen heftigen Schmerz in der rechten Lumbalgegend und gleich darauf einen zweiten Ruck verspürt. Hierauf habe er sich zunächst setzen müssen und sei erst nach einiger Zeit im Stande gewesen nach Hause zu gehen. (Es soll darauf die betreffende Gegend auch angeschwollen sein). Nachdem habe er 3 Wochen zu Hause im Bett gelegen und vermochte denn auch nur mit Mühe mit 2 Stöcken zu gehen. Im Juni habe er in der Chirurgischen Klinik eine Bandage bekommen, die er 3 Wochen ohne Erfolg getragen habe. Es

habe sich jedoch der Zustand bis September soweit gebessert, dass er jetzt ohne Stock gehen könne. Zuweilen trete noch eine Verschlimmerung ein und er müsste dann liegen oder mit dem Stocke gehen.

Befund aufgenommen im September 1901 in der Psychiatrischen Klinik zu Gehlsheim: Der Pat. ist während der Untersuchung sehr verwirrt und unruhig. Er ist eine schlanke, grosse, kräftige Figur. Der Schädel ist in den hinteren Teilen der Scheitelbeine angeblich auf Beklopfen schmerzhaft. Die Zunge wird gerade herausgesteckt. Die Pupillen sind gleich und reagieren gut. Lunge und Herz normal, Puls 88. Magengegend und rechte obere Bauchgegend leicht druckempfindlich. Bei Prüfung des Kniephänomens gerät das ganze Bein in Zuckungen, rechts vielleicht etwas stärker, wie links. Achillessehnenreflex ebenfalls gesteigert, ebenso der Tricepsreflex und zwar Beide rechts stärker, wie links. Die mechanische Muskelerregbarkeit ist lebhaft, die Hautreflexe sind von mässiger Stärke. Die Sensiblität lässt für Berührung und Schmerzempfindung keine Störung sicher nachweisen. Die Lokalisation ist bei einiger Aufmerksamkeit ebenfalls leidlich gut. Keine Ataxie, kein Schwanken bei geschlossenen Augen, Tremor der Füsse und der gespreizten Finger. Keine Lähmungserscheinungen.

Die Klagen, während des Aufenthaltes in Gehlsheim waren folgende: Kopfschmerzen in der Gegend der Stirn, vom 3. bis 6. Brustwirbel und vom 3. Bauchwirbel bis Mitte des Kreuzbeins besteht Druckempfindlichkeit. Vom Kreuzbein ausgehend ziehende Schmerzen in beiden Beinen bis zu den Füssen

herunter. Die Gegend vom Kreuzbein bis zum oberen $^1/_3$ des Oberschenkels einwärts ist auch druckempfindlich. In den Armen sind ähnliche Schmerzen, aber von noch unbestimmter Lokalisation; besonders sollen Ellenbogen und Schultergelenk schmerzhaft sein. In sämtlichen Fingern stechende Schmerzen und in den Zehen das Gefühl von Taubsein. Brennendes Gefühl in der Magengegend, zeitweise Übelkeit, die sich auch zum Erbrechen steigert. S. behauptet seit dem Unfall 40 Pfund abgenommen zu haben. Schwere Arbeit könnte er zur Zeit nicht leisten, bei leichter Arbeit verspüre er sofort Ermüdung in den Armen, so dass er Pausen machen müsse. Der Schlaf sei sehr schlecht, höchstens 3—4 Stunden. Er bekomme oft des Nachts Beklemmungen, als wenn er ersticken müsse.

In vorliegendem Falle handelt es sich um eine schwere Läsion des Rückenmarks mit nervösen Erscheinungen nach einem Unfall.

Fall VII: Der Maurer G., 55 Jahre alt, erlitt den 27. Februar 1893 einen Unfall, indem ihm ein Balken auf den Rücken fiel. Weiteres weiss er über den Unfall nicht anzugeben. Er giebt an: Er stamme aus gesunder Familie und sei selbst bis zum Unfall nie ernstlich krank gewesen. Seit 1869 sei er verheiratet und habe 5 gesunde Kinder. Gleich nach dem Unfall sei er bewusstlos geworden. Mit der Zeit sei eine Behinderung in der Bewegung eingetreten, darnach Schmerzen im Rücken und Schwäche im linken Bein. Zur Zeit klagt G. noch über Schwindel, und sind leichte Schwindelanfälle auch wiederholt

beobachtet worden. Die Sprache ist ungestört. Bei allen Untersuchungen tritt sofort eine mässige Erregung, die sich mehr und mehr steigert und gelegentlich zum Weinen führt, auf; dabei treten dann starke Kopfschmerzen und Schwindelausbrüche ein, bei längerer Besprechung sogar Schwerbesinnlichkeit und Gedächtnisdefekte. Die Erregung wird am heftigsten bei Besprechung des Unfalls und der damit verbundenen Folgen, z. B. der Rente, sowie bei langdauernden Untersuchungen. G. fängt dann sofort an weinerlich zu werden und allerlei Verfolgungsvorzustellungen anzubringen.

Der in der psychiatrischen Klinik zu Gehlsheim aufgenommene Befund ist folgender:

G. ist mittelgross, von kräftigem Körperbau und gut entwickelter Muskulatur. Sein Aussehen ist bleich, der Gesichtsausdruck stumpf. Am Schädel findet sich nichts Abnormes. Die rechte Gesichtshälfte ist etwas schlaffer, als die linke. Die Zunge wird gerade herausgesteckt, zitttert aber stark. Die Pupillen sind gleich gross und reagieren gut. Der Patellarreflex ist bedeutend gesteigert; etwas der Triceps und Achillessehnenreflex. Brust und Unterleibsorgane zeigen keinerlei krankhafte Veränderungen. Der Puls ist mitttelkräftig, 80 Schläge in der Minute. Oberhalb der linken Patelta findet sich eine 8 cm lange Narbe von einer Operation herrührend. Lähmungserscheinungen gröberer Art sind nicht zu bemerken. Die Empfindlichkeit bei Berührungen und Stichen ist herabgesetzt. Die Angaben dabei sind sehr unsicher; deutlich ist am linken Bein und an der linken

Rückseite die Empfindlichkeit herabgesetzt. Bei geschlossenen Augen besteht mässiges Schwanken. Die Haltung ist eine schlaffe und gebeugte; alle Bewegungen werden langsam und zum Teil unsicher ausgeführt. Die Nahrungsaufnahme ist mässig, der Schlaf dauernd schlecht.

Aus der Beobachtung geht hervor, dass G. eine psychisch krankhafte Persönlichkeit ist; dass keine der zur Zeit bestehenden Erscheinungen sowohl sein Wesen, wie seine Klagen und körperlichen Beschwerden auf Simulation oder Übertreibung beruhen. Auch ist durch das Zeugenmaterial mit Sicherheit nachgewiesen, dass diese krankhaften Veränderungen sich erst nach dem, im Februar 1893 erlittenen Unfall entwickelt haben und als seine direkten Folgen angesehen werden müssen.

Es handelt sich in dem vorliegendem Falle um psychische und nervöse Störungen, die sich nach einer Läsion des Rückenmarcks entwickelt haben und sich mit der Zeit, durch ungünstige Momente beeinflusst, verschlimmert haben bis zur völligen Erwerbsunfähigkeit.

Fall VIII: Der Bahnarbeiter K. erlitt am 23. Mai 1896 einen Betriebsunfall, indem ihm ein Signalmast von beträchtlicher Schwere auf den Rücken fiel; er wurde sofort zu Boden geschleudert, blieb unter dem Mast liegen und war längere Zeit ohne Bewusstsein. Bei einer am 12. September 1896 mit ihm vorgenommenen Untersuchung gab er dem ihn untersuchenden Arzt an, er habe bei Druck auf die Wirbelsäule Schmerzen, aber an keinem bestimmten Punkte. Bücken könne er sich nur unter starken Schmerzen

und mit Anstrengung. — Doch machte er nach Angabe des untersuchenden Arztes bei der mit ihm vorgenommenen Sensiblitätsprüfung und der des Gesichtsfeldes widersprechende Angaben. Auf Grund derselben und deshalb, weil die Aussagen des p. K. nicht im Einklang ständen mit dem objektiven Befund, der keine Erscheinungen erkennen lasse, die die angegebenen Störungen erklären könnten, erklärt dieser Sachverständige den Patienten für einen Simulanten und kommt auch bei einer zweiten Untersuchung am 12. Oktober 1896 zu demselben Resultat.

Im März 1898 wurde der Patient, da er angab, seine Beschwerden seien mit der Zeit immer stärker geworden, der psychiatrischen Klinik in Gehlsheim zur Begutachtung überwiesen und hier längere Zeit beobachtet.

Seine Klagen sind jetzt folgende:

Beständige Schmerzen über dem untern Teil des Sternums und der unteren Brustwirbelsäule. Er schildert diese Schmerzen als Druck, Stechen und das Gefühl, als ob etwas dort kaput wäre. Diese Beschwerden seien nicht nur bei Bewegungen, beim Stehen und Sitzen vorhanden. sondern auch, wenn auch etwas geringer, in Ruhelage. Sie würden stärker bei Lage auf der linken Seite. Bei stärkeren Bewegungen träten Steigerungen der Beschwerden auf und dieselben dehnten sich dann über die linke untere Brust und linke Rückenseite aus.

In der psychiatrischen Klinik war man von der Wahrheit der angegebenen Beschwerden überzeugt, da dieselben einem Teil des objektiven Befundes entsprachen.

Befund: K. ist mittelgross und von schlanker Figur. Die Schleimhäute sind bleich, der Gesichtsausdruck leidend. Die Herzdämpfung beginnt am oberen Rand der 3. Rippe und geht bis zur Mitte des Sternums. Der Spitzenstoss befindet sich einen fingerbreit nach aussen von der Linea papillaris. Über dem ganzen Herzen hört man ein deutliches systotisches Geräusch, das besonders deutlich über den grossen Gefässen zu hören ist. Bei der Untersuchung des Brustkorbes zeigt sich eine linksseitige Skoliose der unteren Brustwirbelsäule, besonders am 7. und 12. Brustwirbel. Dieser Skoliose entspricht eine leichte Asymmetrie des Thorax. Das Sternum weicht etwas nach links ab, die ganze linke Brustseite ist etwas ausgebuchtet; die linke Schulter steht etwas höher, wie die rechte. Ferner fällt dabei auf, dass die gesamte Muskulatur der linken Schulter und der linken Rückenhälfte, beim Stehen und Sitzen gespannter ist, als die rechtsseitige. Es besteht über der Wirbelsäule in der Ausdehnung vom 7. Hals bis zum 11. Brustwirbel Druckempfindlichkeit; am stärksten ist dieselbe vom 7. bis 11. Brustwirbel. Eine gleiche Druckempfindlichkeit ist über der linken Rückenfläche vorhanden. Die Bewegungen sind nicht gestört. Bei Bewegungen des Rumpfes und der Arme werden leichte Schmerzen im Rücken und links am untern Teile des Sternums angegeben. Die Bewegungen des rechten Beins sind frei; es besteht kein Hinken; die Bewegungen des linken Beins sind etwas empfindlich und es besteht leichter Schmerz nach dem Rücken zu. Die Sehnenreflexe sind überall gesteigert, besonders am linken

Bein. Es besteht Fussklonus, stärker am linken Bein; auch die Hautreflexe sind sehr lebhaft. Der Schädel zeigt normale Bildung. Die Pupillen sind gleich und mittelweit, zeigen prompte Reaktion.

Im vorliegenden Falle handelt es sich um eine schwere Läsion des Rückenmarks, um eine schwere Schädigung des Zentral-Nervensystems und Erschütterung des ganzen Körpers durch einen Unfall.

Fall XI: Der 48jährige Arbeiter Sch. erlitt den 17. Februar 1897 einen Unfall, indem er beim Dungtragen hinfiel und den rechten Unterschenkel, dicht oberhalb des Fussgelenks brach. Nach dem Bruch fiel er direkt auf das Gesäss. Er selbst giebt an, vor dem Unfall immer gesund und kräftig gewesen zu sein. Die Fraktur sei in der Rostocker Chirurgischen Klinik behandelt und er sei von hier am 2. Mai 1897 entlassen. Jedoch sei er nach der Entlassung nie völlig erwerbsfähig geworden, und sein Zustand hatte sich langsam verschlechtert. Zuletzt sei er Kuhhirte gewesen und selbst diesem leichten Posten hätte er nicht vorstehen können. Zu wiederholten Malen wurde er zwecks Abschätzung seiner Rente von Sachverständigen untersucht. Alle erkannten die vorhandenen Störungen an, jedoch waren die Meisten der Ansicht, dass sie nicht in Zusammenhang zu bringen seien mit dem Unfall, sondern als Symptome eines, für sich unabhängig von dem Unfall bestehenden Rückenmarksleidens, anzusehen seien.

Am 12. Juli 1901 erklärte ein Sachverständiger vor dem Schiedsgericht, ein Rückenmarksleiden bestehe nicht, da alle Symptome dafür fehlten, vielmehr

handele es sich um eine Erkrankung des peripheren Nervensystems. Die Möglichkeit eines Zusammenhanges zwischen den Nervenerscheinungen und dem Unfall, giebt dieser Sachverständige zu, da sehr wohl durch einen Unfall eine Störung des gesamten Nervensystems früher oder später eintreten könne, jedoch ein abschliessendes Urteil könne er, da er den Patienten zum ersten Mal sehe, nicht abgeben und deshalb rate er, denselben in einer Anstalt beobachten zu lassen.

Auf das letzte Gutachten hin, wurde Sch. im Oktober 1901 nach Gehlsheim in die psychiatrische Klinik gesandt.

Der hier aufgenommene Befund war folgender.

Der Patient ist gross, kräftig und von mässigem Ernährungszustand. Innere Organe sind, soweit nachweisbar, gesund. Die Tibia zeigt 3—4 cent. über dem inneren Knöchel eine Verdickung, der rechte Unterschenkel ist verkürzt. Der Kniescheibenreflex ist beiderseits sehr lebhaft, ebenso der Achillessehnenreflex. Fussklonus ist nicht vorhanden. Die Sensiblität ist beiderseits gleich gut, ebenso die Lokalisation prompt und gut. Die Empfindlichkeit für Temperatur ist ungestört. Beim Stehen mit geschlossenen Füssen tritt sofort ein Zittern ein in den Beinen und dann im ganzen Körper; sind auch die Augen geschlossen, wird das Zittern stärker und der Patient fällt nach kurzer Zeit nach der linken Seite. Die vergleichende Messung des rechten und linken Beins ergiebt rechts 1,5 cm durchschnittlich weniger als links. Das Gehen ist schwerfällig, und ohne Stock kann der Patient nur

ganz kurze Strecken und zwar nur auf ebenem Boden gehen. Deutlich sind die spastischen Erscheinungen der Muskulatur. Das Umwenden geschieht sehr unsicher und in einzelnen Absätzen, auch schwankt Sch. stark dabei. Alle intendirten Bewegungen geschehen mit starken, unwillkürlichen Zuckungen. Die Hände zeigen kein Zittern. Die rohe Kraft ist beiderseits gleich und mässig stark. Die Zunge wird gerade herausgesteckt und zittert nicht. Im Gebiete der mimischen Muskulatur zeigen sich keine Störungen. Die Pupillen sind gleich, mittelweit und reagiren gut. Bei Druck und leichtem Schlag auf den rechten Unterschenkel wird keinerlei Schmerzhaftigkeit angegeben, nur ist Druck direkt unter der Bruchstelle schmerzhaft. Knarren ist bei Bewegungen im Fussgelenk nicht vorhanden. Die Wirbelsäule ist gerade, bei Druck und bei Beklopfen zeigt sich an dem untern Teil der Lendenwirbelsäule deutliche Schmerzhaftigkeit. Bei längerem Sitzen oder Liegen in derselben Stellung empfindet Sch. lebhafte Schmerzen im Rücken an der, auch bei Druck und Beklopfen, schmerzhaften Stelle. Der Gesichtsausdruck des p. Sch. ist leidend. Die Schleimhäute sind bleich. Der Schlaf ist gut.

Die Beobachtung und Untersuchung ergiebt mit Sicherheit, dass Sch. rückenmarksleidend ist und zwar handelt es sich bei ihm um eine Form der Rückenmarkserkrankung, die als spastische Spinalparalyse bezeichnet wird.

Wenn von Sachverständigen erklärt wurde, dass das Rückenmarksleiden nicht im Zusammenhang stehe mit dem im Februar 1897 stattgehabten Unfall, so ist

dies eine irrthümliche Auffassung (Nähere Auseinandersetzung: Siehe Epikrise).

Fall X: Der 64jährige Arbeitsmann G. erlitt am 20. Februar 1897 einen landwirthschaftlichen Betriebsunfall, indem er sich beim Dreschen einen Fremdkörper unter den Nagel des linken Mittelfingers stach. Am 24. Februar 1897 konstatierte der zu Rathe gezogene Arzt Fieber, benommenes Bewusstsein, geschwollene linke Hand; am linken Arm stark roth geschwollene Lympfstränge und Schmerzhaftigkeit und Schwellung der Axeldrüsen. Er machte sofort mehrere lange Incisionen, worauf die krankhaften Erscheinungen zurückgingen und die Heilung einen ungestörten Verlauf nahm. Nach einem Attest des genannten Arztes war G. am 23. Mai 1897 soweit wieder hergestellt, dass er die verletzte Hand ganz gut wieder bewegen konnte, jedoch die Finger der Hand nicht ganz gerade bekommen konnte. Jedoch war G. kraftlos am ganzen Körper und sehr matt; besonders wenig Kraft hatte er in der linken Hand. Ein Attest desselben Arztes vom 23. September 1897 besagt, dass G. über Blutandrang zum Kopfe und über Schwindel, der ihn besonders dann befalle, wenn er in gebückter Stellung arbeiten müsse, klage.

Am 17. Dezember 1897 wurde G. dann von einem andern Sachverständigen untersucht und begutachtet. Derselbe äusserte sich dahin: Die rechte Hand sei gut und ausgearbeitet; auch die linke, die verletzt gewesen sei, zeige Schwielenbildung. Dies beweise, dass G. anfange, diese Hand mehr zu gebrauchen. Die Finger der linken Hand liessen sich nicht völlig

strecken: der Faustschluss sei möglich, aber nicht fest. Der Verletzte solle nach dem Unfall an Schwindelanfällen leiden, die nicht in gleichmässigen Zwischenräumen, sondern bald häufiger, bald seltener aufträten und deren Nahen er regelmässig vorher spüre. Er halte es für möglich, dass diese Anfälle vorhanden seien, und fügt noch hinzu, dass man der Beschreibung nach an epileptische oder epileptifore Zustände denken könne, wie dieselben erfahrungsgemäss nach Handverletzungen auftreten könnten, doch wäre diese Annahme falsch, weil der Verletzte das Nahen dieser Anfälle vorher verspüre, was bei epileptischen Anfällen bekanntlich nie der Fall sei. Der Zustand der verletzt gewesenen Hand sei ein so vorzüglicher, dass auch, wenn man die Schwindelerscheinungen als Unfallsfolgen anspreche und damit annehme, dass dadurch das Arbeitsfeld ein beschränkteres sei, doch die Einbusse an Erwerbsfähigkeit nicht höher als $^1/_4$ der vollen zu schätzen sei.

Derselbe Sachverständige untersuchte den Verletzten im Mai 1898 und giebt in seinem Gutachten an:

Der Befund der verletzten Hand wäre im Wesentlichen der gleiche, wie früher, jedoch komme der Patient ihm jetzt stumpfer vor, als bei der ersten Untersuchung. Auch gebe der Patient jetzt an, sein Befinden sei derart, dass er sich auf eine Eisenbahnreise überhaupt nicht mehr einlassen könne, da seine Kopfschwäche, die durch den Unfall entstanden sei, in letzter Zeit so zugenommen habe, dass er einige Male hingefallen sei; und wenn dieser Anfall ein-

getreten sei, dann sei seine ganze Besinnung weg und er müsse ins Bett gebracht werden. Seine Angabe, dass er die Anfälle herannahen fühle, nehme er jetzt zurück und erkläre: Bei der Beantwortung der bezüglichen Frage müssten damals seine Sinne „entflogen" gewesen sein; er behaupte jetzt, dass die Kopfschwäche ein epileptischer Anfall sei. Am ersten Weihnachtstage sei er in der Stube umgefallen, wie ein Stück Holz und ähnliche Anfälle habe er jetzt wiederholt gehabt; er sei jetzt gänzlich erwerbsunfähig.

Einige in der Sache vernommene Zeugen sagen folgendermassen aus:

Der Gemeindevorsteher berichtet am 18. März 1898, übereinstimmend mit den Klagen des Verletzten, derselbe leide an Schwindelanfällen.

Ein anderer Zeuge giebt an, er habe G. schon im März 1898 kreidebleich und schwindelich gesehen. Schon im Sommer 1897 habe ihm derselbe immer einen sehr abwesenden Eindruck gemacht.

Der Arbeitgeber des p. G. giebt an, G. sei vor dem Unfall durchaus kräftig, gesund und arbeitsfähig gewesen, jetzt aber schwächlich in jeder Beziehung, insbesondere aber in geistiger, da er das volle Verständnis zeitweilig nicht besitze. Er habe verschiedentlich die Anfälle beobachtet.

Der Ortsschulze von G's Wohnort giebt an: „G. mache jetzt einen geistig sehr abwesenden Eindruck".

Unter dem Einfluss dieser Zeugenaussagen, kommt der Sachverständige zu dem Resultat:

„Dass G. jetzt an nicht häufigen, die Erwerbsfähigkeit in hohem Grade beeinträchtigenden, eigen-

tümlichen Schwindelanfällen leide und dass er in den letzten Monaten geistig wesentlich stumpf geworden sei. Ob aber diese Schwindelanfälle in ursächlichem Zusammenhang mit dem Unfall ständen, das lasse er dahingestellt."

Jetzt wurde G. vom 16. bis 24. Juni in der psychiatrischen Klinik zu Gehlsheim beobachtet, und hier wurde folgender Befund aufgenommen:

„G. ist von kleiner, untersetzter Figur, mässig entwickelter Muskulatur und geringem Fettpolster. Am unteren Teil der Brustwirbelsäule besteht geringe Kypkose. Am Hinterkopf befindet sich eine ein-pfennigstück grosse, kahle Stelle, wohl eine Narbe von einem Fall in der Kindheit herrührend. Das Hinterhaupt ist rechts stärker gewölbt, als links. Die Stirn ist niedrig. Beide Ohrmuscheln sind unregelmässig gestaltet, was wohl auf, durch Erfrieren entstandene Defekte beruht. Der harte Gaumen ist breit und flach, der weiche zeigt normale Verhältnisse. Die Zunge wird gerade herausgesteckt und zittert nicht. Die Pupillen sind gleich weit und reagieren gut au Lichteinfall und Akkommodation. Die Augenbewegung ist ungestört. Die Herzdämpfung leicht vergrössert, die Töne rein, der Puls regelmässig, 72 Schläge in der Minute. Die Arterien sind starr. Rechterseits hat er eine Inguinalhernie. Die linke Hand ist in den Fingern mässig gebeugt und zeigt leicht atrophische Muskulatur. Auf dem linken Handrücken finden sich 2 glatte Schittnarben. Die Bewegungen der linken Hand sind behindert, die der Finger langsam und steif. Die Hand kann nicht vollständig zur Faust

geballt werden. Die Sehnenreflexe sind überall in normaler Weise vorhanden. Eine genaue Prüfung der Sensiblität ist wegen der geistigen Stumpfheit nicht ausführbar, doch scheint die Empfindlichkeit nicht wesentlich gestört zu sein, nur ist die Lokalisation ungenau. Lähmungserscheinungen im Gebiet der Motilität fehlen, doch sind alle Bewegungen ungeschickt und plump. Der Gang ist steif, leicht tritt Schwanken ein.

G. zeigt während der ganzen Beobachtungszeit ein gleichmässig stumpfes Wesen und macht sich entschieden keinerlei Sorge um seine Zukunft. Er gefällt sich augenscheinlich gut in den, für ihn behaglichen Verhältnissen der Anstalt. Über seine gewöhnlichen Verhältnisse giebt er nur unsichere und schwankende Auskunft; häufig muss er sich sehr lange besinnen. Auch über die Unfallserkrankung mit ihren Folgezuständen macht G. nur allgemeine und sehr unsichere Angaben. Er weiss nicht genau anzugeben, wann er sich den Finger verletzt hat und weiss auch nicht genau, welcher Finger es gewesen ist. Er giebt dann aber in gleicher Weise, wie früher, an, dass er nach dem Unfall nicht wieder arbeitsfähig geworden sei, und zwar hauptsächlich wegen der Schwindelanfälle, die häufig so stark würden, dass er umfalle. Durch Erregung würden diese seine Schwindelanfälle immer stärker. Auf Befragen giebt er auch an, dass seit dem Unfall sein Gedächtnis sehr abgenommen haben. Schwindelanfälle wurden, während der ganzen Beobachtungszeit nicht wahrgenommen. G. verkehrt mit Niemand, sitzt für sich allein da und

stiert stumpf und gleichgültig vor sich hin. Er weiss nicht, wo er ist, kennt Niemand, nur die Umgebung; zeigt auch für nichts irgend eine Teilnahme oder Interesse. Auffallend ist dabei stets, dass er sich nicht zu orientieren vermag. Er verläuft sich sofort, findet weder das Haus, in dem er wohnt wieder, noch das Zimmer. Wenn er nachts einmal aufstehen muss, so findet er sein Bett nicht wieder. Die Verdauung war stets geregelt, der Schlaf gut.

In vorliegendem Falle handelt es sich um zunehmenden Blödsinn, hervorgerufen durch Altersveränderungen (starke Arterioselerose), und sehr verschlimmert durch Pyaemie nach Fingerverletzung.

Fall XI: Der 42jährige Bäckergeselle P. erlitt am 8. Dezember 1898 einen Unfall, indem ihm ein schwerer Mehlsack beim Herabholen vom Mehlboden über die linke Schulter herabglitt und auf den rechten Arm fiel. Er selbst giebt an:

Er stamme aus gesunder Familie und sei selbst bis zu jenem Unfall nie ernstlich krank gewesen. Im Alter von etwa 7 Jahren habe er sich durch einen Fall eine Verstauchung des rechten Ellenbogengelenks zugezogen; diese sei jedoch ärztlich nicht behandelt und habe auch keinerlei Störungen in der Gebrauchsfähigkeit des rechten Armes zurückgelassen, wenigstens habe er diesen zu allen Hantierungen gebraucht. Nach der Schulzeit habe er das Bäckergeschäft erlernt und sei dann als Geselle in verschiedenen Städten thätig gewesen. Zuletzt in Hamburg und hier sei ihm der Unfall passiert, den er folgendermassen schildert: Er habe einen 100 kg schweren Mehlsack vom

Mehlboden die Treppe herunter in die Backstube tragen wollen. Um den Sack zu diesem Zweck auf die linke Schulter zu heben, habe er sich auf die zweitoberste Treppenstufe gesetzt, während der Sack auf der obersten Stufe stand. Als er nun mit der linken Hand den Sack über die linke Schulter gezogen habe, habe er, um sich mit dem Sack aufzurichten, die rechte Hand auf die Stufe, auf der er gesessen, gestützt. In diesem Augenblick, als er mit dem Sacke sich habe aufrichten wollen, sei ihm das linke Bein ausgeglitten und er dadurch auf die Stufe mit dem Gesäss zurückgefallen. Dabei sei der aufgestützte rechte Arm im Ellbogengelenk eingeknickt und nun der ganze Vorderarm auf die Stufe aufgeschlagen. Gleichzeitig habe sich bei dem Fall der auf der linken Schulter sich befindliche Sack nach vorne überschlagen und sei auf den rechten Vorderarm gefallen und dann weiter die Treppe hinabgeglitten. Sofort nach dem Unfall habe er Schmerzen im rechten Arm gehabt. In der Hoffnung, dass sich diese bald verlieren würden, habe er dann noch 4 Tage weiter gearbeitet, dabei jedoch nur den linken Arm gebraucht. Eine kleine Hautwunde habe er mit einer Lösung von essigsaurer Thonerde behandelt, und sei dieselbe auch bald verheilt. Am 4. Tage habe er sich in ärztliche Behandlung gegeben, die aber eine Besserung nicht herbeigeführt habe. Im Gegenteil sei der Arm im Ellenbogengelenk immer steifer geworden, nur die Schmerzen hätten sich nach und nach auf den Unterarm beschränkt. Er habe dann versucht als Bäckergeselle weiter zu arbeiten, habe dies aber stets

wieder aufgeben müssen. Etwa ein Jahr nach dem Unfall haben sich dann auffällige Veränderungen in seiner Sprache eingestellt; diese sei zitterig geworden, so dass es ihm vor einigen Wochen unmöglich gewesen sei, Worte, die ihm auf der Zunge gelegen hätten, auszusprechen. Dazu hätte sich allgemeines Zittern gesellt im ganzen Körper, das ebenso wie die Sprachveränderung sich besonders bei jeder Gemütsveränderung bemerkbar mache. Auch seine Stimmung sei mit der Zeit weinerlich geworden, so dass ihm bei kleinen Veranlassungen Thränen in die Augen kämen. Die letztgenannten nervösen Erscheinungen hätten sich in neuester Zeit wieder gebessert. Lues habe er nie gehabt, ebenso sei er nie ein Trinker gewesen.

Das erste am 29. September 1899 eingeholte Gutachten giebt über den Zustand des Verletzten an:

Beugestellung des rechten Arms im Ellenbogengelenk. Der Arm lässt sich weder aktiv, noch passiv aus dieser Stellung bringen. Der Umfang des rechten Arms ist geringer als der des linken, was besonders am Oberarm hervortritt. Die Unfallverletzungen, wenn überhaupt welche bestanden hätten, hätten wahrscheinlich in einer Quetschung des rechten Arms bestanden, doch seien dieselben jetzt völlig geschwunden. Die erwähnten Veränderungen hält der Arzt für die Folgen eines in der Kindheit erlittenen Unfalls.

Ein zweites Gutachten vom 28. Juli 1899 erwähnt die nervöse Natur des bei P. vorhandenen Zustandes, hält mit einem endgültigen Urteil jedoch noch zurück. Ein am 11. Januar 1900 im Krankenhause zu Hamburg abgegebenes Gutachten stellt bei P. fest:

Erscheinungen des Lungenemphysems, Erscheinungen einer veralteten Luxation des rechten Radiusköpfschens. Die durch Letztere entstandenen Veränderungen und Verwachsungen beeinträchtigten die Bewegungsfähigkeit im rechten Ellenbogengelenk in erheblichem Grade. Die Muskulatur und rohe Kraft des rechten Armes zeigten sich relativ gut entwickelt.

Die beiden festgestellten Leiden bringt der Sachverständige mit dem Unfall nicht in Zusammenhang.

Im Oktober 1900 wurde P. dann in der psychiatrischen Klinik in Gehlsheim beobachtet. Der hier aufgenommene Befund ist folgender:

P. ist ein mittelgrosser Mann von mässigem Ernährungszustand, geringem Fettpolster, mittelkräftiger Muskulatur und Knochenbau, bleicher Gesichtsfarbe. An der Wirbelsäule fällt eine geringe linksseitige Abweichung des Brustwirbelsäulenabschnittes und eine ziemlich stark ausgesprochene Verbiegung der Lendenwirbelsäule nach rechts auf. An den Brust- und Bauchorganen sind. bis auf leichtes Lungenphysem, Veränderungen nicht zu finden. Die Pupillen sind gleich, mittelweit, und zeigen eine prompte Reaktion. Die Muskulatur des Gesichtes zeigt keine Verschiedenheit, weder in der Ruhe, noch in der Thätigkeit. Beim Sprechen gerät die ganze mimische Muskulatur ins Zittern, wodurch besonders bei etwas stärkerer psychischer Erregung der Sprache leicht stammelnd wird. Die ausgesteckte Zunge zittert stark, weicht aber nicht von der Mittellinie ab, sie ist frei von Belag, zeigt an den Rändern deutliche Zahneindrücke. Das Gebiss ist

ziemlich gut und vollständig. Die sichtbaren Schleimhäute sind mässig gefärbt. An den Muskeln des Rumpfes und der Extremitäten tritt auch Zittern auf, wenn P. etwas in Gemütserregung, wie beim Erzählen seiner Lebensschicksale, gerät. Die ausgestreckten Hände und gespreitzten Finger zittern stark. Die Kraft des rechten Arms erscheint erheblich geringer, als die des linken; die Muskulatur bedeutend schlaffer. Die Masse sind rechts 1—1½ cm geringer, wie links; über dem Ellenbogengelenk ½ cm stärker rechts, als links. Am rechten Ellenbogengelenk zeigt sich eine Verdickung des Radiusköpfchens, derselbe steht auch nicht an normaler Stelle, sondern etwas nach aussen, und findet sich eine Verbreiterung des Olekranons, wodurch der grössere Umfang für den rechten Arm an dieser Stelle sich erklärt. Die aktiven Bewegungen in allen Fingergelenken, im Hand- und Schultergelenk sind rechterseits, wenn auch mit sichtlich geringerer Kraft, ebenso ausgiebig, wie links; die passiven Bewegungen an den genannten Gelenken wie links. Die Bewegungen des rechten Ellenbogengelenks sind bedeutend beeinträchtigt; der Arm wird für gewöhnlich im Gelenk rechtwinklig gebeugt gehalten. Sowohl die Streckung, wie die Beugung ist hochgradig vermindert. Bewegungen lassen sich in dieser Richtung nur in einem Winkel bis zu annährend 30° ausführen. Weiteren Bewegungen steht ein unüberwindlicher, passiver, knöchener Widerstand entgegen. Ebenso sind die Drehbewegungen im Ellenbogengelenk erheblich beeinträchtigt. Bei allen Bewegungsversuchen fühlt und hört man deutliches Knirschen, zuweilen

auch leichtes Knacken im Gelenk. Etwa in der Mitte des Ellenbogengelenks, an der Hinterseite, findet sich eine weisse, 1 cm lange, ½ cm breite verschiebliche, nicht schmerzhafte Hautnarbe. Der Patient klagt über Schmerzen, hauptsächlich an der Beugeseite des Vorderarms, am Daumenballen und an der Streckseite des zweiten Zwischenhandraumes. Ausserdem besteht Druckschmerz im Handballen und Schmerz bei den Bewegungen im Ellenbogengelenk. Die elektrische Erregbarkeit der Muskeln und Nerven erscheint leicht verändert. Die Kniereflexe sind beiderseits stark gesteigert, beiderseits besteht Fussklonus. Die Sensiblität ist überall ungestört.

In psychischer Hinsicht macht P. einen verständigen Eindruck und zeigt gute Intelligenz; nur ist die abnorme Weichheit der Stimmung auffallend; die leichte Gemütsdepression und die Neigung zum Weinen.

Auf Grund seiner Beobachtungen und Untersuchungen, kommt der Sachverständige zu der Überzeugung dass P. zur Zeit an einem schweren neurasthenischen Zustande, hervorgerufen durch den Unfall, leidet, und dass sich auch eine Veränderung an dem rechten Ellenbogengelenk zeigt, welche die Bewegungs- und Gebrauchsfähigkeit vermindert. Diese Veränderung schiebt er sowohl auf den Unfall in der Kindheit, als auch ganz besonders auf den in Frage kommenden Unfall und behauptet, hier habe ein Olekranonbruch stattgefunden. Die Schmerzen im Unterarm erklärt er als durch Zerrung der Nerven, nach Knochenwucherung entstanden.

Die Art und der Angriffspunkt der Verletzung ist sehr variabel.

Im Fall I handelt es sich um eine Frau, die von einem Heuboden auf die harte Scheunendiele fiel und sich eine Fraktur einer Rippe, nahe dem Sternum und 2 Risswunden zuzog, die eine etwas längere an der linken Schulter und die zweite, nicht so lange an der Aussenseite des linken Zeigefingers.

Im Fall II handelt es sich um einen kräftigen und gesunden Arbeiter, der mit einem Sack Korn auf dem Rücken, das eine Mal 6 Stufen einer Treppe hinabrutschte; das zweite Mal nach einem halben Jahr von einer Leiter fiel und zwar so, dass er von der obersten Stufe abglitt und auf der untersten mit starker Wucht aufstiess.

In Fall III und IV handelt es sich um Schläge auf den Kopf, und zwar kommt in dem ersten Falle noch hinzu, dass die von dem Schlage betroffene Person ein Trinker war und zu wiederholten Malen und zu verschiedenen Zeiten die Schläge auf den Kopf erfolgten.

In dem letzten Falle wurde eine Frau von einer zuschlagenden Kellerthür auf den Kopf getroffen.

Im Fall V, VI, VII, VIII fand eine Läsion, respektive eine Erschütterung des Rückenmarks statt, und zwar handelt es sich bei **Fall V** um einen Arbeiter, der von einem vollen Fuder fiel und sich eine Quetschung der linken Körperseite zuzog. Bei **Fall VI** ebenfalls um einen Arbeiter, der ein Bund Stroh vom Boden aufheben wollte und hierbei plötzlich, als er

sich nach links herumbücken wollte, einen Schmerz in der rechten Lembalgegend verspürte.

Bei **Fall VII** um einen Maurer, dem ein Balken auf den Rücken fiel.

Bei **Fall VIII** um einen Bahnarbeiter, dem eine Signalstange auf den Rücken fiel.

Dieser Fall beweist uns, dass derartige enorme Gewalteinwirkungen dauernde Störungen des Centralnervensystems hervorrufen können, auch wenn eine greifbare Verwundung und Verletzung garnicht vorliegt.

In **Fall IX** zieht sich ein Arbeiter eine Fraktur des rechten Unterschenkels, gleich oberhalb des Fussgelenks zu und fällt dann direkt auf das Gesäss.

In **Fall X** handelt es sich um einen landwirthschaftlichen Arbeiter, der sich beim Dreschen einen Fremdkörper unter den Nagel des linken Mittelfingers sticht, woran sich eine Pyämie entwickelt.

In **Fall XI** handelt es sich um einen Bäcker, dem ein Mehlsack auf den rechten Vorderarm fiel, wobei er sich eine Fraktur des Olekranons zuzog.

In allen 11 Fällen, ausgenommen ist nur Fall III, handelt es sich um Patienten aus dem Arbeiterstande, denen sehr viel daran lag, dass die bei ihnen bestehenden Krankheitserscheinungen auf den Unfall zurückgeführt wurden, damit sie der Unfallrente nicht verlustig gingen. Also bei ihnen kam zu den durch die Verletzung hervorgerufenen nervösen und psychischen Störungen, noch immer die stete Aufregung, die der Kampf um die Rente mit sich brachte. Bei einigen, hauptsächlich bei Fall I kommen hierzu auch wohl noch ungünstige häusliche Verhältnisse. Auch muss

in Betracht gezogen werden, dass zwischen einzelnen Verletzungen, wenn sie sich sonst auch gleich erscheinen, noch nach einer andern Seite hin ein Unterschied zu machen ist; es kommt nämlich darauf an, in welchem Zustand sich der, von der Gewalt Betroffene, gerade befand. Erfolgte die Gewalteinwirkung im Streit uud in der Aufregung, war der Verletzte auch etwa noch betrunken, so bekommt dadurch die Erkrankung ein ganz anderes Gesicht, wie z. B. bei Fall III.

Ebenso veriabel wie Art und Angriffspunkt der Verletzung sind auch die nach der Verletzung auftretenden Symptome der Krankheit.

Die sich an die Verletzung anschliessenden Erscheinungen sind, um erst eine allgemeine Skizze des Krankheitsbildes zu geben meistens folgende:

Bald im unmittelbaren Anschluss an die Verletzung, bald nach einem Intervall von Wochen und Monaten entwickeln sich nervöse Krankheitserscheinungen, die zwar in den verschiedenen Fällen nach Intensität und Qualität nicht unerheblich variiren, aber doch so viel Gemeinschaftliches zeigen, dass man ein Krankheitsbild der traumatischen Neurose entwerfen kann, welches die, in der Mehrzahl der Fälle, wiederkehrenden Erscheinungen repräsentirt.

Bei den meisten Fällen kam es zu einem kurzwährenden Stadium der Bewusstlosigkeit, Benommenheit oder Verwirrtheit. cf. Fall I, III, V, VII, VIII.

In einigen Fällen cf. Fall II, IV, X bietet der Verunglückte zunächst gar keine Krankheits-Symptome, er kann seinen Dienst weiter versehen, bis sich denn

gewöhnlich nach einiger Zeit die ersten Krankheitszeichen einstellen, die übrigens oft noch einem langen Zeitraum so unbedeutend bleiben, dass ihnen wenig Beachtung geschenkt wird. Endlich giebt es Fälle cf. Fall IX, X, XI, in denen die Aufmerksamkeit des Kranken sowohl als auch die des Arztes Wochen oder selbst Monate der chirurgischen Verletzung zugewandt ist, während sich aus unmerklichen Anfängen heraus, und ohne, dass der Beginn derselben genau zu fixiren ist, die Neurose entwickelt. Vor Allen muss hier Fall IX erwähnt werden, bei dem die ganze Aufmerksamkeit des Arztes auf eine Unterschenkelfraktur und die sich daran anschliessende Verkürzung des Beins gerichtet war, während sich im Anschluss hieran ganz allmählich eine spatische Spinalparalyse entwickelte.

Die ersten Beschwerden sind gewöhnlich rein subjektiver Natur: Der Kranke empfindet Schmerz und zwar da, wo es sich um eine örtliche Verletzung handelt, in der, von dem Trauma betroffenen, Gegend oder in der ganzen entsprechenden Körperhälfte; bei den allgemeinen körperlichen Erschütterungen, vornehmlich in der Rücken-, Lenden- und Kreuzgegend, sowie im Kopfe. Die Schmerzen werden durch Bewegungen gesteigert und zwingen den Kranken, den betreffenden Körperteil beim Stehen, Gehen, Greifen etc., nach Möglichkeit zu fixiren. Zu den weiteren subjektiven Beschwerden, die sich aber auch nach aussenhin markiren können, gehört ein Gefühl von Unruhe, Aufregung, Angst und Schreckhaftigkeit, das bei den durch allgemeine und schwere Erschütterungen hervor-

gerufenen Neurosen nur selten zu fehlen pflegt. Eine der gewöhnlichsten Begleiterscheinungen ist die Schlaflosigkeit. Die Intelligenz ist gewöhnlich nicht erheblich beeinträchtigt, kann aber auch in Mitleidenschaft gezogen werden, und es wird selbst ein fortschreitender Verfall derselben beobachtet cf. Fall II und X. Schwindel und Ohnmachtsanfälle mit oder ohne Krampfzustände bilden eine weitere häufige Komponente des Krankheitsbildes cf. Fall I, IV, VII.

Sehr oft stellt sich ein einfaches Zittern ein. Hierzu kommen Lähmungserscheinungen und Gefühlsstörungen. Die Bewegungsstörung ist zum Teil auf Rechnung der Schmerzen zu bringen; es werden die Bewegungen, welche Schmerzen verursachen, möglichst eingeschränkt. Die Bewegungsstörung betrifft niemals ausschliesslich die von einem Nerven versorgten Muskeln. Die Lähmung zeigt meistens gewisse Eigenschaften, die sie von den bei materiellen Erkrankungen des Gehirns, Rückenmarks und des peripheren Nervensystems in die Erscheinung tretenden Lähmungsformen unterscheidet. Abnorme Spannungszustände der Muskulatur werden nicht selten beobachtet cf. Fall V, VIII.

Eine Steigerung der Sehnenphänomene ist sehr häufig, cf. Fall III, V, VI, VII, VIII, IX, XI, ein Erloschensein derselben wird niemals konstatirt. Was die motorischen Hirnnerven anlangt, so wird die Lähmung eines Einzelnen fast niemals beobachtet. Vor Allem ist es die Sprache, die des öfteren eine Behinderung erleidet cf. Fall III und XI. Jedoch hat diese Sprachstörung, weder den Charakter der echten Aphasie,

noch den einer einfachen Articulationsstörung, hat dagegen häufig nahe Beziehungen zum Stottern. Eine ganz besonders wichtige und verbreitete Teilerscheinung des Symptomenbefundes bilden die Sensibilitätsstörungen cf. Fall I, III, V, VII. Sie charakterisiren sich im Wesentlichen durch folgende Momente: Ihre Verbreitung entspricht niemals dem Ausbreitungsbezirke eines sensiblen Nerven, noch der logischen Anordnung, wie sie bei der materiellen Erkrankung des Gehirns und des Rückenmarks beobachtet wird. Das Verhalten der Hautreflexe ist ein wechselndes; sie können lebhaft gesteigert sein, doch sind sie meistens, namentlich in der anästhetischen Zone abgeschwächt oder erloschen. Eine abnorme Erregbarkeit des Herznervensystems bildet ein häufiges Symptom der traumatischen Neurosen cf. Fall I, VIII.

Bei der genaueren Betrachtung der Krankheitssymptome müssen an erster Stelle die psychischen Anomalien erwähnt werden, denn sie nehmen unter denselben die hervorragendste Stelle ein und bilden den Boden, anf dem sich ein grosser Teil der übrigen entwickelt. Nur ausnahmsweise handelt es sich um eine Psychose im engeren Sinne des Wortes, die in den Rahmen einer der bekannten und wohl abgegrenzten psychischen Erkrankungsformen hineinpasst. In der grossen Mehrzahl der Fälle und so auch bei unsern Fällen fehlt die dauende Bewusstseinstrübung vollständig und Stimmungsanomalien bilden den Kern der Seelenstörung. Die Kranken befinden sich in einem Zustande dauernder Verstimmung, die sich schon in dem Gesichtsausdruck und in dem äusseren

Wesen offenbart. Sie werden wortkarg, scheuen die Gesellschaft, suchen die Einsamkeit und hängen in dumpfer, gedrückter Stimmung ihren traurigen Vorstellungen nach, die sich Alle um einen Mittelpunkt schaaren, nämlich die Erinnerung an den erlittenen Unfall und die, aus demselben erwachsenden, Folgen. Diese Errinnerung, so sagt Oppenheim in seiner Schrift: „Die traumatischen Neurosen" ist eine so lebhafte, das Denken und Fühlen der Kranken, in solchem Masse bestimmende, dass diese Vorstellung durch ihr Festhalten, durch ihre Alleinherrschaft in der Seele, wie man fast sagen kann einen pathologischen Charakter gewinnt. Das Interresse für die Aussenwelt, selbst für die Familie stumpft völlig ab. Die Depression geht sehr oft einher mit einem Gefühl von Angst und Beklemmung. Dies Angstgefühl wird gewöhnlich in die Herzgegend verlegt und manchmal auch über gleichzeitig auftretendes Herzklopfen geklagt cf. Fall I und VIII. Zwei Momente sind es besonders, die diese psychische Alteration, wenigstens in der Mehrzahl der Fälle, begleiten und sie von der reinen Melancholie unterscheiden. Zunächst die abnorme Reizbarkeit. Die Personen, obgleich sie in sich gekehrt über ihren Zustand brüten, sind doch abnorm empfindlich gegen die von aussen kommenden Reize, der geringste Anlass versetzt sie in heftige Erregung. Schon die Unterredung mit dem Arzte vermag sie ausser Fassung zu bringen, einen Zustand ängstlicher Verlegenheit und Verwirrtheit hervorzurufen und diejenigen somatischen Beschwerden, welche unter dem Einfluss der Psyche stehen, wie das Zittern und

Pulsbeschleunigung, bedeutend zu steigern. Gemütliche Einflüsse, denen sie sonst gleichgültig gegenüberstanden. versetzten sie in Erschütterung, und die Rührseligkeit ist so gross, dass durch den geringsten Anlass die Thränen hervorgelockt werden. Die krankhafte Verstimmung ist der wesentlichste Moment der psychischen Störung, ein weiterer Faktor ist der hypochondrische Charakter der Seelenstörung. Ebenso mächtig, wie die Erinnerung an den Unfall ist die Vorstellung, durch denselben schwer geschädigt zu sein. Unter der Herrschaft dieser Ideen belauern sie ihren Körper, spüren jeder unangenehmen Sensation nach und die hypochondrische Vorstellung schafft aus derselben allmählich ein immer schwerer empfundenes Leiden. Mitunter klagen die Kranken auch über Gedächtnissschwäche und kommt das auch wohl vielfach davon, weil die Kranken für Alles, was um sie vorgeht und was sie hören, wenn es den Unfall nicht betrifft, wenig oder gar nicht Interesse haben. So vielfach wie diese psychischen Anomatien Begleiterscheinungen der traumatischen Neurose sind, so giebt es doch Fälle, die ganz ohne dieselben verlaufen. Ein sehr häufiges Symptom der traumatischen Neurose sind auch die Schwindel- und Krampfzustände und wegen ihrer engen Beziehung zu der psychischen Alteration sollen sie an dieser Stelle abgehandelt werden.

Über Schwindel sowie über Schwindelanfälle wird sehr häufig geklagt cf. Fall I, IV und VII. Oft handelt es sich um ein plötzlich auftretendes Schwindelgefühl, oft hört man: „Ich sehe den Kranken plötzlich blass werden und dann stürzte er hin“. Häufig wird von

dem Verletzten betont, dass er den Schwindel nur beim Bücken verspüre cf. Fall I, X. Mit dem Schwindel kann sich eine vorübergehende Trübung des Bewusstseins verbinden, so dass man hört, der Kranke wurde bewusstlos in das nächste Haus getragen cf. Fall X. Echte Epileptische Anfälle werden durch eigene Beobachtung nur selten festgestellt und meistens muss man sich auf die Schilderung der Kranken oder deren Umgebung verlassen, und bleibt über die Natur der Krämpfe in Zweifel cf. Fall I und X. Es sei jedoch darauf hingewiesen, dass nach den bereits vorliegenden Erfahrungen in der Symptomatologie der durch Kopfverletzungen und Schreck bedingten Neurosen die Epilepsie einen wichtigen Faktor bildet, wie sie auch den einzigen Folgezustand einer heftigen seelischen Erregung bilden kann.

Hysterische Anfälle nach Verletzungen, wie Lach- und Weinkrämpfe sind bei den elf beobachteten Fällen nicht vorgekommen, wohl aber ein plötzliches unmotivirtes Lachen cf. Fall I.

Über Beeinträchtigung des Schlafes wird von den meisten Kranken dieser Art geklagt cf. Fall III, VI, VII. Es handelt sich selten um vollständige Schlaflosigkeit, meistens um einen, durch wilde Träume (der erlittene Unfall mit seinen Folgezuständen kommt oft darin vor) und oftmaliges Aufschrecken, unterbrochenen Schlaf.

Anomalien der Sensibilität treten, wenn auch in sehr wechselnder Intensität fasst regelmässig in die Erscheinung. Schmerzen bilden das häufigste, aber auch das am schwierigsten zu beurteilende und abzuschätzende Symptom. Ihr Sitz ist zunächst abhängig

vom Ort der Verletzung. Handelt es sich um ein örtliches Trauma, so wird die getroffene Partie zum Sitz und Heerde der Schmerzen. Bei den allgemeinen Erschütterungen ist es ganz besonders die Rücken- und Kreuzgegend cf. Fall I, V, VI, VIII, in welcher sich die Schmerzen lokalisiren, und zwar auch dann, wenn auf den Rücken die Gewalt nicht direkt eingewirkt hat.

Der Kopfschmerz wird zwar vornehmlich bei den Neurosen nach Kopfverletzungen beobachtet cf. Fall III und IV, doch ist sein Vorkommen ein allgemeines. Auch bei den allgemeinen Erschütterungen und selbst bei den nervösen Folgezuständen jener Verletzungen, die Hand und Fuss treffen, gehört der Kopfschmerz zu den gewöhnlichen Beschwerden. Über den Charakter und die Intensität der Schmerzen lässt sich nichts Bestimmtes sagen, meistens werden sie als dumpf, drückend, bohrend geschildert und sind von mässiger Heftigkeit. Gesteigert werden die Schmerzen besonders durch Bewegung. So wird der Rückenschmerz durch Bewegungen in der Wirbelsäule selbst hervorgerufen oder der bestehende erfährt eine Zunahme.

Parästhesien treten in grosser Mannigfaltigkeit auf und unterscheiden sich zum Teil nicht von denjenigen, wie sie bei organischen Krankheiten des Zentralnervensystems empfunden werden. Die Kranken klagen über Kriebeln, Ameisenkriechen, Taubheitsgefühl, Kältegefühl etc. Etwas Eigenartiges liegt aber in dem Umstande, dass sich die Vorstellung nicht selten dieser Empfindungen bemächtigt, so dass man,

wie bei Fall III etwa folgende Angaben erhält: „Mir ist es, als ob mir ein Nagel in den Kopf geschlagen hat, um den sich spiralförmig etwas dreht, als kröchen Regenwürmer herum“. Auch im Bereich der Sinnesorgane machen sich Parästhesien geltend. Dahin ist zu rechnen das Flimmern vor den Augen. Das Vorkommen einer kutanen Hyperästhesie ist ganz gewöhnlich; häufig findet sich ein hyperästhetisches Gebiet in der von dem Trauma getroffenen Gegend. Mitunter betrifft die Druckempfindlichkeit einzelne Dornfortsätze. Der Kranke zuckt bei leichtem Druck vor Schmerz zusammen. Man darf auch in dieser Hinsicht keine absolute Konstanz erwarten, bei Prüfung zu verschiedenen Zeiten wird nicht immer derselbe Dornfortsatz als der am meisten empfindliche bezeichnet. Von grosser Wichtigkeit und Bedeutung ist die Anästhesie und zwar schon deshalb, weil sie dem objektiven Nachweise zugänglicher ist und weil man sie in typischen Fällen ohne Weiteres aus dem Fehlen der Reflex- und Abwehr-Bewegungen an der betroffenen Körperpartie ermitteln kann, ohne dass man auf die bestätigenden Aussagen des Kranken angewiesen ist. Das Ergebniss ist zuweilen bei wiederholten Untersuchungen ein wechselndes cf. Fall VIII, die Grenze zwischen dem fühlenden und gefühllosen Bezirk keine ganz konstante, und kann es oft vorkommen, namentlich dort, wo an der Redlichkeit des Kranken gezweifelt werden muss, dass man ein endgültiges Urteil über die Störung der Sensibilität überhaupt nicht gewinnt. Nicht dringend genug ist zu empfehlen, an diese Untersuchung geduldig und

vorurteilsfrei heranzutreten. Man soll nicht gleich zweifeln an der Echtheit der Störung, wenn die Angaben des Verletzten widerspruchsvoll erscheinen cf. Fall VIII. Widersprüche giebt es bei jeder Sensiblitätsprüfung, einmal aus dem Grunde, weil wir nicht mit Reizen von sich gleich bleibender Stärke prüfen, dann, weil die Aufmerksamkeit eine hervorragende Rolle spielt. Derselbe Reiz kann an der gleichen Stelle bei derselben Prüfung nicht empfunden, leicht empfunden oder intensiv empfunden werden, je nach dem Maasse der angewandten Aufmerksamkeit. Das gilt besonders für psychische Kranke, erregbare und aufgeregte Personen, deren Aufmerksamkeit schnell ermüdet oder abschweift.

Die Hautreflexe zeigen kein konstantes Verhalten, sie sind entsprechend der Anästhesie häufig herabgesetzt. In hyperästhetischen Hautregionen sind auch die Reflexe gewöhnlich gesteigert.

Was die Motilität betrifft, so giebt es zunächst eine Gruppe von Fällen, in welchen die Einschränkung und Abschwächung der willkürlichen Bewegungen eine allgemeine ist. Die motorischen Leistungen der Extremitäten der Rumpfmuskulatur etc. sind verlangsamt und in ihrer Ausdehnung beschränkt. Niemals aber handelt es sich hierbei um eine vollständige Lähmung. Vielfach bilden Schmerzen ein hemmendes Moment für die Bewegungen. Sie zwingen die Bewegungen langsam und in beschränkter Ausdehnung auszuführen. Der Kranke unterbricht die Bewegungen mehrmals oder führt sie nur absatzweise aus, wie im Fall V. So ist zum Beispiel oft die

Beugung im Hüftgelenk beschränckt, weil sie Schmerzen in der Lenden- und Kreuzgegend hervorruft oder bestehende steigert cf. Fall V. Besonders aber sind es die Bewegungen des Rumpfes, die Beugung und Streckung, die Drehbewegung in der Wirbelsäule, für welche die Schmerzen ein Hindernis abgeben. So sieht man denn, dass der Verletzte den Rumpf ängstlich fixiert, mit steifgehaltenem Rücken sich vorwärts bewegt und sich vorsichtig und langsam aus einer Lage in die andere bringt.

Überaus wichtig für die Beurteilung der traumatischen Neurose ist die Gehstörung, man kann bei den Patienten Gangarten beobachten, die von den bekannten, für die verschiedenen materiellen Erkrankungen des Nervensystems charakteristischen Typen wesentlich abweichen cf. Fall II. Eine Störung des Ganges kommt besonders häufig zu Stande bei den sich, nach Kontusionen des Rückens und allgemeinen Erschütterungen entwickelnden Neurosen cf. Fall II, V.

Die Sehnenphänomene sind häufig gesteigert und zwar namentlich dort, wo neurasthenische Erscheinungen in den Vordergrund treten und im allgemeinen eine Erhöhung der Erregbarkeit besteht cf. Fall XI. Oft lässt sich Fussklonus auslösen cf. Fall XI und mitunter genügt ein Schlag auf den Quadriceps, um lebhafte Zuckungen auszulösen. Auch an der oberen Extremität ist diese Erhöhung nachweisbar, bei einem Fall cf. Fall VI liess sich von der Sehne des Triceps eine Zuckung auslösen.

Das Zittern ist ein überaus häufiges und wichtiges Symptom der traumatischen Neurosen. Es hat

meistens den Charakter des nervösen Zitterns, wie es bei leicht erregbaren neurasthenischen und hysterischer Individuen beobachtet wird. Es ist bekannt, dass schwächere Grade dieses Zitterns auch bei Gesunden vorübergehend unter dem Einfluss eines Affektes einer körperlichen Überanstrengung und nach Exzessen vorkommen. Verwerthbar für die Diagnose sind daher nur die höheren Grade. Das Zittern der traumatischen Neurose beschränkt sich nur selten auf eine Extremität, meistens hat es eine allgemeine Verbreitung cf. Fall IX. Betrifft es die Gesichts- und Zungenmuskulatur, so kann es zu einer eigentümlichen Behinderung des Sprechens führen cf. Fall XI.

In einem unserer Fälle cf. Fall III wurde eine einfache Verlangsamung der Sprache beobachtet; der Patient sprach wie jemand, der die Sprache nicht ganz beherrscht und musste sich hin und wieder längere Zeit besinnen.

Störungen von Seiten des Herzens sind häufig; die gewöhnliche Erscheinung ist die einfache Beschleunigung der Pulsfrequenz cf. Fall I, VIII. Oft geht diese Erscheinung mit dem subjektiven Gefühl des Herzklopfens, der Angst, Beklemmung und Oppression einher. Sie entspricht also durchaus dem Symptomenbilde des sogenannten nervösen Herzklopfens.

Ein geringer Rückgang in der Ernährung wird von den meisten Kranken angegeben, doch wohl nur selten ist die Abmagerung eine beträchtliche und der Verfall der Körperkräfte in die Augen springend.

In den elf von mir mitgeteilten Fällen handelt es sich ohne Ausnahme um Patienten, die nicht neuropathisch belastet waren. Bei einem neuropathisch belasteten Individuum würde erfahrungsgemäss nur ein geringer Anlass genügen, um eine schwere Neurose hervorzurufen. Von den weiteren Faktoren, welche die Disposition erhöhen, ist besonders der Alkoholismus zu erwähnen, bei dem erfahrungsgemäss jedes Trauma von tiefergreifender Wirkung ist, cf. Fall III. Auch ist es eine bekannte Thatsache, dass schwere körperliche Erkrankungen und besonders Erkrankungen, deren Entstehen auf toxischen Ursprung zurückzuführen ist, sehr häufig geistige Störungen und schwere Schädigungen des Gehirns hervorrufen. So z. B. entstehen oft nach schweren Typhen geistige Erkrankungen, besonders gern Blödsinn; ferner entwickeln sich vielfach nach Influenza geistige Schädigungen, ebenso auch nach pyämischen Zuständen. Ein Beispiel hierfür liegt vor bei Fall X, wo sich bei einem alten Manne, im Anschluss an eine Pyämie fortschreitender Blödsinn entwickelte. Ganz wesentlich begünstigt wurde im genannten Falle die Entwickelung dieser geistigen Störung durch eine vorhandene starke Arteriosklerose.

Was den Verlauf der traumatischen Neurose betrifft, so kann man wohl behaupten, dass die Krankheitserscheinungen in der Mehrzahl der Fälle nicht gleich nach dem Unfall in vollendeter Entwickelung auftreten. Meistens gebraucht die Erkrankung einen Zeitraum von mehreren Monaten, um zu ihrer vollkommenen Ausbildung zu gelangen. In der ersten Zeit sind es denn nur die Schmerzen, Parästhesien

und die psychischen Anomalien, welche sich bemerklich machen, während sich im Verlauf von mehreren Wochen oder Monaten die Anästhesien, die Motilitätsstörungen, die krampfhaften Erscheinungen einstellen. Ja, man kann beobachten, dass sich gewisse Beschwerden, wie die Sprachstörung, noch nach längerer Zeit zu den bereits bestehenden Symptomen hinzugesellen, cf. Fall III und XI. Selten ist es, dass in sofortigem Anschluss an den Unfall die Krankheit in voller Entwickelung steht. Hat die Krankheit ihre Höhe erreicht, so ist von nun ab der Verlauf meistens ein im Ganzen stabiler. Auch kommt es vor, dass noch nach langem Bestehen des Leidens eine — meistens unvollkommene — Heilung eintritt, so bei Fall I. Die Frau, um die es sich bei Fall I handelt, wurde nach längerer Anstaltsbehandlung als gebessert entlassen. Unter ungünstigen häuslichen Verhältnissen nehmen die Beschwerden jedoch bald wieder zu, so dass sie bald wieder in Anstaltsbehandlung gegeben werden musste. Auch das zweite Mal wurde sie als gebessert entlassen. Ob dieselben krankhaften Erscheinungen sich jetzt zu Hause wieder entwickelten, kann ich leider nicht angeben, da hier die Beobachtung abschliesst; fast ist es jedoch anzunehmen. Von besonderer Hartnäckigkeit ist namentlich die psychische Alteration.

Die Prognose quoad vitam ist im Allgemeinen als eine günstige zu bezeichnen. Die Lebensdauer wird nicht wesentlich durch die Erkrankung abgekürzt. Eine Ausnahme hiervon machen die Fälle, wo sich aus einem nervösen Herzleiden ein organisches ent-

wickelt, sowie auch die Fälle, in denen auf Grund der Seelenstörung Selbstmord begangen wird.

Ganz anders stellt sich die Beantwortung der Frage nach der Prognosis quoad sanationem. Dass eine vollständige Heilung in den schweren Fällen dieser Krankheit eintritt, muss als sehr selten bezeichnet werden; im Übrigen ist es, wie gesagt, nicht ungewöhnlich, dass unter geeigneter Anstaltsbehandlung eine wesentliche Besserung und in den leichten Fällen, in denen die Psyche nicht wesentlich in Mitleidenschaft gezogen ist, völlige Heilung erzielt wird.

Es ist wiederholentlich und zwar mit vollem Recht die Behauptung aufgestellt worden, dass zu den Momenten, welche die Besserung hintan halten, die zur Ordnung der Entschädigungs-Ansprüche eingeleiteten Rechtsverhandlungen gehören, indem der Beschädigte selbstverständlich ein Interesse daran hat, bis zur Entscheidung derselben möglichst krank zu erscheinen. Diese Möglichkeit in Abrede zu stellen, würde ungefähr soviel heissen, als die Existenz der Unredlichkeit und des Betruges wegzuleugnen. Gewiss wird der Unredliche bestrebt sein, seine subjektiven Beschwerden solange, als es in seinem Interesse liegt, zu betonen, zu übertreiben und zu simuliren. Aber wir dürfen doch bei der Würdigung dieser Verhältnisse ein anderes Moment nicht ausseracht lassen, nämlich, dass die schwebende Streitfrage über die wichtigsten Existenzbedingungen des Individuums zu entscheiden hat und dass die nur zu berechtigte psychische Aufregung um so verderblicher wirken muss, als sie ein psychisch-alteriertes, krankhaft reizbares Individuum

betrifft. Den schlimmsten Einfluss hat aus begreiflichen Gründen die unberechtigte Simulations-Verdächtigung. Während es andererseits dringend geboten ist, den Patienten zu beruhigen, ihn von der Heilbarkeit des Zustandes zu überzeugen und in geeigneten Fällen zur Thätigkeit anzuspornen.

Was die Therapie betrifft, so ist, wie bei der Behandlung aller Krankheiten, so auch hier das oberste Gesetz: „Fernhalten von Schädlichkeiten.“ Die grösste Noxe wird gebildet durch diejenigen Momente, welche die psychische Aufregung steigern, und diese müssten, soweit es in der ärztlichen Macht liegt, beseitigt werden. Von diesem Gesichtspunkte aus würde es auch, wie schon wiederholt betont, von der grössten Wichtigkeit sein, den Rechtsstreit über die Entschädigung in möglichst kurzer Zeit zu erledigen. Mehrfach, cf. auch Fall VII, hat man Gelegenheit zu sehen, wie sich unter der Einwirkung der über Jahresfrist oder selbst mehrere Jahre hinausgedehnten Prozessverhandlungen der Zustand gradatim verschlimmerte. Eine schnelle Entscheidung ist aber leider schon deshalb nicht immer zu treffen, weil sich das ärztliche Gutachten nicht immer von vorneherein definitiv über die Prognose aussprechen kann. Für jeden Kranken dieser Art, wenn er überhaupt arbeitsfähig ist, ist unbedingt eine nicht beschwerliche und nicht mit psychischer Aufregung verknüpfte Thätigkeit zu empfehlen und diesem Punkte sollte in jedem Gutachten über die Erwerbsfähigkeit Rechnung getragen werden.

Vor einer Zwangstherapie, wie sie von vielen Ärzten angewandt wird, wenn sie den Patienten für einen Simulanten halten, die da besteht in der Anwendung von starken elektrischen Pinselströmen, gewaltsamer, brutaler Massage, sinnlos forzierter Gymnastik, muss gewarnt werden. Für die ausgeprägten Fälle, namentlich die mit ernsten psychischen Störungen, ist Ruhe, das wichtigste Erfordernis. Der Kranke hat selbst das Bedürfnis, die Einsamkeit aufzusuchen, und diesem soll Rechnung getragen werden. In vielen Fällen ist ein Land- resp. Waldaufenthalt oder auch der Aufenthalt an der See als besonders heilsam zu empfehlen. Kalte Abreibungen, sowie laue Halbbäder, dürfen in allen Fällen versucht werden, jedoch ist der Erfolg ein unsicherer. Auch von dem elektrischen Strom sah man mitunter Erfolge, namentlich sah man unter dieser Behandlung eine Reihe der lästigen Beschwerden schwinden oder sich verringern, wie den Kopfschmerz, das Schwindelgefühl, die Reizbarkeit, das Ohrensausen, die Schlaflosigkeit. Andere Kranke wieder sind so empfindlich gegen den elektrischen Strom (wahrscheinlich ist auch dabei der psychische Faktor im Spiele), dass man von dem Versuche ganz Abstand nehmen muss.

Nach unserer heutigen Anschauung von dem Wesen dieser Krankheitsform muss die Therapie vornehmlich eine psychische sein. Dahin zielen ja auch die oben gegebenen Vorschriften betreffend die Fernhaltung das Seelenleben erregender Einflüsse. Aber es liegt auch in der Macht des Arztes durch beruhigenden Zuspruch, durch die Versicherung, dass

das Leiden heilbar ist, dass Gefahr für das Leben nicht vorliegt, günstig auf den seelischen Zustand des Kranken einzuwirken. Dadurch jedoch, dass man die Beschwerden ignoriert oder denselben mit Misstrauen und Ungläubigkeit begegnet, wird man keinen Nutzen stiften, sondern den Schaden vergrössern. Sobald ein derartiger Kranker herausfühlt, dass er das Vertrauen des Arztes nicht besitzt, verliert er das seinige und dann ist die Behandlung nicht nur unnütz, sondern die vorhandenen Beschwerden steigern sich bis zu dem Zustand einer ausgeprägten Psychose. Eine Methode, auf die Psyche einzuwirken, haben wir in der hypnotischen Ideenübertragung kennen gelernt. Diese Art der Behandlung würde, vom theoretischen Standpunkte aus, entschieden berechtigt sein, namentlich wenn man die Charcot'sche Hypothese annimmt, dass die Lähmungszustände, die Sensiblitätsstörungen etc. in einem, dem hypnothischen verwandten, Zustande auf dem Wege der Autosuggestion entstehen. Die Probe ihrer praktischen Anwendbarkeit auf diese Fälle hat diese Behandlungsmethode aber noch nicht bestanden. Anführen will ich an dieser Stelle noch die Art und Weise, wie in Fall II, einem Fall von traumatischer Hysterie, eine Heilung erzielt wurde. Der Patient, der immer Schmerzen in der Wade angab, und deswegen sich einen auffallenden, merkwürdigen Gang angenommen hatte, wurde operiert, weil man annahm, es könnte sich etwa um einen Fascienschlitz handeln. Obgleich durch die Operation nichts pathologisches gefunden wurde, gab der Patient, der vorher völlig erwerbsunfähig war, nachdem der

fixierende Verband entfernt war, an, jetzt völlig erwerbsfähig zu sein, und der Gang war auch in der That, abgesehen von geringer Steifigkeit, von dem Gypsverband herrührend, völlig normal.

Die medikamentöse Therapie hat nur bescheidene Resultate aufzuweisen. Das Beste leisten erfahrungsgemäss die Brompräparate. Für eine gute Ernährung ist immer Sorge zu tragen. Gegen Spirituosen sind die meisten dieser Kranken abnorm empfindlich cf. Fall III. Bier und Wein darf daher nur in geringer Quantität, Branntwein gar nicht, genossen werden. Auch Kaffee und Thee werden besser untersagt.

Zum Schluss will ich noch kurz eingehen auf die Begutachtung derartiger Kranken. Der ärztlichen Kompetenz wird die Entscheidung folgender Fragen vorgelegt: Ist der Patient krank und an welcher Krankheit leidet er? Ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen der gegenwärtig nachweisbaren Erkrankung und der stattgehabten Verletzung anzunehmen? Ist das Leiden heilbar, und innerhalb welcher Zeit steht die Heilung zu erwarten? Bedingt dasselbe vollständige oder teilweise Erwerbsunfähigkeit?

Die Schwierigkeiten, die sich dem Arzte bei der Entscheidung der angegebenen Fragen entgegenstellen, sind grosse und in einzelnen Fällen sogar nicht vollständig zu überwindende. Die Entscheidung der Frage, ob überhaupt eine Erkrankung vorliegt, hat mit dem, in seiner Bedeutung nicht zu unterschätzenden Faktor der Simulation und Übertreibung zu kämpfen. In früheren Zeiten, wo man noch nicht so genau wie jetzt in das Wesen der traumatischen Neurose

eingeweiht war, war man geneigt, jeden Kranken dieser Art für einen Simulanten oder doch wenigstens für einen Übertreiber zu halten, und hat so manchem wirklich Kranken bitteres Unrecht gethan. Auch noch heute kommen auf diesem Gebiete viele Täuschungen und Meinungsverschiedenheiten der Sachverständigen vor. Betrachten wir nur einmal unsere elf Fälle. In Fall II, wo es sich, wie später in der psychiatrischen Klinik zu Gehlsheim festgestellt wurde, um eine schwere traumatische Neurose handelt, nahm auch ein Sachverständiger an, es handele sich um einen Simulanten, worauf hin damals die Rentenzahlungen eingestellt wurden. In Fall III, wo es sich darum handelt, ob der Patient einen Totschlag mit vollem Bewusstsein oder in einem Zustand geistiger Umnachtung vollbracht hat, nahm auch ein Sachverständiger an, der Patient sei weder jetzt noch zur Zeit der That geistig gestört gewesen, während das Gutachten eines andern Arztes und das Obergutachten der Rostocker Medizinalkommission gerade das Gegenteil sagen. In Fall VIII erklärt ein Sachverständiger einen Patienten nach zweimaliger, zu ganz verschiedenen Zeiten vorgenommenen Untersuchung, für einen Simulanten, während auch das Obergutachten das Entgegengesetzte behauptet. Ebenso ist es in Fall IX, X, XI, wo mehrere Sachverständige zwar ein schweres Leiden konstatieren, es jedoch nicht in Zusammenhang bringen mit dem Unfall, während die Obergutachten dies mit Bestimmtheit behaupten. Am interessantesten in dieser Hinsicht ist Fall IX, wo sich ein Arbeiter eine Unterschenkelfraktur zuzieht und deswegen längere Zeit im

Bett liegen muss. Der vorher immer gesunde Arbeiter zeigt nach längerer Zeit die Symptome der spastischen Spinalparalyse. Dies wird von mehreren Sachverständigen anerkannt, jedoch nicht in Zusammenhang gebracht mit dem Unfall. Das Obergutachten nimmt, wie schon gesagt, einen Zusammenhang der jetzt bestehenden Krankheit mit dem Unfall an und begründet dies damit, der Patient hätte sich durch seinen Fall auf das Gesäss nach der Fraktur des Unterschenkels eine Rückenmarkserschütterung zugezogen. Dieser Fall auf das Gesäss war den anderen Sachverständigen bei der Aufnahme der Anamnese entgangen oder sie hatten ihm wenigstens keine Bedeutung beigemessen, weil sie Alle ihr Augenmerk auf die Fraktur und die sich daran anschliessende Verkürzung des Beins gerichtet hatten.

Der richtige Weg ist meines Erachtens der, zunächst zu erforschen, ob sich eine Erklärung für die subjektiven Beschwerden, ob sich Krankheitssymptome auffinden lassen. Erst, wenn diese Untersuchung im Stich lässt, oder zu frappanten und wirklichen Widersprüchen führt, ist es geboten, zu den Untersuchungsmitteln zu greifen, die die Simulation zu enthüllen geeignet sind. Derjenige, dessen Erfahrung sich nur auf die palpablen Erkrankungen des Nervensystems bezieht, während er die funktionellen Neurosen und die Psychosen nicht kennt, weil er nicht Gelegenheit gehabt hat, diese Krankheitsformen eingehend zu studieren, wird gut thun, sich von der Begutachtung fern zu halten. Er steht diesen Fällen kaum anders gegenüber, wie ein Laie und wird, genau

wie dieser, wenn er den blühenden körperlichen Gesundheitszustand sieht, dessen sich mancher unserer Kranken erfreut oder die, aus der psychischen Störung resultirenden Eigentümlichkeiten des Charakters verkennt, zunächst an Simulation denken.

Die Entscheidung zwischen Simulation und Krankheit kann eine schwierige sein, ist aber fast immer mit Bestimmtheit zu treffen bei genügender Berücksichtigung aller Symptome und bei längerer Beobachtung. Schwieriger ist es sicher, den Faktor der Übertreibung auszuschliessen, der sich namentlich in der Schilderung von Schmerzen und abnormen Sensationen geltend machen würde. Hier stehen wir denn auch in der That vor einem nicht ganz zu überwindenden Hindernis. Freilich beeinflussen die höheren Grade des Schmerzes die ganze Persönlichkeit, prägen sich im Gesichtsausdruck, im Gebahren, sowie in motorischen Akten aus, welche vom Willen unabhängig sind. Dennoch wissen wir, dass manche Personen stark genug sind, auch den heftigsten Schmerz nicht an die Oberfläche treten zu lassen. Hier aber haben wir es gewöhnlich mit Personen zu thun, deren Empfindlichkeit, deren Perceptionsfähigkeit krankhaft gesteigert ist und für solche haben geringere Reize denselben Wert, wie der stärkere für Gesunde. Einen Gradmesser für die angegeben Schmerzen können wir nicht anlegen, deshalb müssen wir uns damit begnügen, für dieselben eine Ursache, eine Erklärung aufzufinden.

Haben wir festgestellt, dass die Person, welche einen Unfall erlitten hat, krank ist, so ist die zweite

wichtige Frage zu entscheiden: Ist die Erkrankung eine Folge der Verletzung? Auch hier könnte sich der Betrug eines schon länger bestehenden Leidens bemächtigen und dasselbe als ein durch den Unfall erworbenes Deklarieren, was ja wiederholentlich festgestellt ist. Doch hat dieser Faktor wohl deshalb keine höhere Bedeutung, weil hierüber die Personalakten gewöhnlich Auskunft geben. Zur Beantwortung der Frage nach dem ursächlichen Zusammenhang, des Leidens mit der Verletzung ist es selbstverständlich notwendig, den Vorgang und die Art des Unfalls selbst, die Entwickelung und die zeitliche Folge der Krankheitserscheinungen ins Auge zu fassen und sich zu erinnern, dass die scheinbare Latenz sich über einen langen Zeitraum erstrecken kann.

Noch weit schwieriger sind in einer Anzahl von Fällen die Fragen zu entscheiden, welche sich auf die Heilbarkeit des Leidens und auf die Beschränkung der Erwerbsfähigkeit beziehen. Und völlig unmöglich kann es sein etwas bestimmtes darüber auszusagen, bis zu welchem Grade der Erwerbsfähigkeit die Besserung eventuell fortschreiten wird. Um sich hier nicht eines Fehlers schuldig zu machen, ist es angeraten, mit dem abzugebenden, definitiven Urteil möglichst lange zu warten.

Weitaus am schwierigsten ist es in solchen Fällen, sich über eine etwaige partiellen Erwerbsfähigkeit und den Grad derselben zu erklären. Schon verschiedentlich ist es passiert, dass ein Patient, der sich für völlig erwerbsunfähig hielt und vom Arzt für nur teilweise erwerbsfähig erklärt wurde, sich selbst das Leben

nahm. Man sieht, wie schwer die Verantwortung ist, die hier der Arzt zu übernehmen hat und man wird deshalb gut thun, in zweifelhaften Fällen, den Grad der Erwerbsbeschränkung lieber etwas zu hoch, als zu niedrig zu bemessen. Auch wird man der Forderung, den Grad der Erwerbsbeschränkung in Zahlen anzugeben, häufig überhaupt nicht gerecht werden können.

An dieser Stelle will ich noch darauf hinweisen, dass die im Volke weit verbreitete Ansicht, dass die heutigen Unfallversicherungen unkulant seien, durchaus falsch ist. Leute, die dies behaupten, sind entweder solche, die nichts davon verstehen, oder solche, die einmal mit einer unberechtigten Forderung abgewiesen wurden und sich jetzt beleidigt fühlen und die Schreier bilden. Treffende Beweise für die Kulanz der Unfallversicherungen sind Fall III und X. In Fall III bezahlte die Versicherung auf Antrag der psychiatrischen Klinik die volle Rente, obgleich in der chirurgischen Klinik kein Grund für den merkwürdigen Gang des Patienten gefunden wurde und eine Rente von 25 % vorgeschlagen war. In Fall X bekam der Patient gleichfalls die volle Rente, obgleich es nachgewiesen war, dass das Leiden schon vor dem Unfall bestand und nur durch denselben verschlimmert worden war. Um es allgemein zu sagen, die Versicherung zahlt die volle Rente, auch wenn das Leiden schon vorher bestand und durch den Unfall nur eine Verschlimmerung herbeigeführt wurde, die zur völligen Erwerbslosigkeit führte.

Zum Schluss meiner Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Professor Dr. Schuchard für die gütige Überweisung der Arbeit und für die freundlich gewährte Unterstützung meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Lebenslauf.

Ich, Philipp August Paul Schultze, evangelischer Konfession, wurde am 12. September 1874 als Sohn des Administrators Theodor Schultze und seiner Ehefrau Minna geb. Küster zu Detershagen in Mecklenburg geboren. Den ersten Unterricht genoss ich auf der Elementarschule zu Kröpelin i. Meckl. Dann besuchte ich die Gymnasien zu Doberan und Güstrow. Letzteres verliess ich Ostern 1896 mit dem Zeugniss der Reife. Ich widmete mich darauf dem Studium der Medizin und studierte 3 Semester in Jena. Die übrigen Semester bis zum Staatsexamen studierte ich in Rostock, wo ich Michaelis 1898 das Tentamen Physikum bestand. Im Winter 1898/99 genügte ich meiner halbjährigen Militärpflicht beim Füs.-Regt. No. 90 zu Rostock. Im Winter Semester 1900/01 machte ich mein Staatsexamen in Rostock und am 29. März 1901 bestand ich das Examen rigorosum ebenfalls zu Rostock. Vom 1. April 1900 bis 31. Mai 1901 diente ich als Einj. Arzt beim Grenad.-Regt. No. 89 zu Schwerin und wurde vom 1. Juni bis 30. September zum Dragoner-Regt. No. 18 nach Parchim abkommandiert. Vom 1. Oktober bis 11. November 1901 machte ich eine Übung als Unterarzt beim Grenad.-Regt. No. 89 zu Schwerin. Im November 1901 liess ich mich als praktischer Arzt in Kröpelin i. Meckl. nieder, woselbst ich jetzt noch praktiziere.